

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA**

**E.A.P. DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA**

**Aceptación de los medicamentos genéricos por parte  
de usuarios del sector C, D y E en tres zonas de Lima**

**TESIS**

**Para optar al Título Profesional de Químico Farmacéutico**

**AUTOR**

**Loly Fancy Canales Marticorena**

**ASESOR**

**Jesús Victoria Rumiche Briceño**

**Lima – Perú**

**2011**

## **DEDICATORIA**

A mis padres, Pedro y Maria, por haberme guiado en cada momento, ser el apoyo y ejemplo de perseverancia indispensables para superar cualquier obstáculo en la vida.

A mi hermana Maví, por recordarme constantemente lo que es realmente importante en la vida, por su apoyo, ejemplo de integridad y haberme apoyado en la realización de este trabajo.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Dra. Jesús Rumiche Briceño por haberme brindado su experiencia, tiempo, consejos valiosos y apoyado en todo momento con el seguimiento del presente estudio que no hubiera podido ser culminado sin su dirección.

Al Sr. Juan Valverde Quezada, de la Dirección Ejecutiva de Muestro y Marcos Muéstrales del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), por el asesoramiento brindado en la determinación de la muestra del presente estudio.

A la Srta. Ursula Gavidia Zevallos del Vicerrectorado de Investigación de la Escuela de Administración de Negocios (ESAN) por su gentil y desinteresado apoyo en la elaboración del presente estudio.

A los miembros del Jurado evaluador por la paciencia y el tiempo dedicado a la revisión de este trabajo.

## INDICE

	<u>Página</u>
Resumen	
Abstract	
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. GENERALIDADES .....	4
2.1 Clasificación de medicamentos.....	4
2.2 Normatividad.....	9
2.3 Tratado de Libre Comercio.....	13
2.4 Características del mercado.....	19
2.4.1 Mercado farmacéutico.....	19
2.4.2 Asimetría de la información.....	25
2.4.5 Oferta limitada en puntos de venta.....	27
2.4.6 Antecedentes negativos.....	28
2.4.7 Prescripción medica.....	30
2.5 Nivel socioeconómico.....	31
III. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	43
3.1 Método.....	43
3.2 Selección de las zonas con mayor población C, D y E.....	44
3.3 Determinación de la muestra.....	44
3.4 Ubicación de los centros de salud y conglomerado de farmacias en los planos estratificados del INEI.....	44
3.5 Elaboración del cuestionario.....	44
3.6 Validación del cuestionario.....	45
3.7 Aplicación de la encuesta.....	45

3.8 Análisis estadístico de los datos obtenidos.....	45
3.9 Análisis e interpretación.....	45
IV. RESULTADOS.....	46
V. DISCUSIÓN.....	62
VI. CONCLUSIONES.....	69
VII. RECOMENDACIONES.....	70
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
IX. ANEXOS	
9.1 Registro de nuevas entidades químicas con protección de datos prueba u otros datos sobre seguridad y eficacia no divulgados.	
9.2 Ranking de laboratorios proveedores del estado 2009-2010	
9.3 Ranking de empresas farmacéuticas observadas cuyas publicidades no cumplieron a cabalidad con las normas publicitarias. Periodo Enero-abril 2007.	
9.4 Determinación de la población universo.	
9.5 Niveles socioeconómicos de Lima metropolitana enero 2010 Horizontales.	
9.6 Niveles socioeconómicos de Lima metropolitana enero 2010 Verticales	
9.7 Cálculo de población muestra.	
9.8 Encuesta.	
9.9 Confirmación del Item, confiabilidad y validez del instrumento.	

## RESUMEN

En esta investigación se tuvo como objetivo determinar el grado de aceptación de los medicamentos genéricos de los usuarios pertenecientes a los sectores C, D y E, de tres zonas de Lima metropolitana, así como el grado de conocimiento, confianza y las posibles barreras en su consumo; para ello se aplicó una encuesta en las zonas donde más del 85% de la población pertenecen a dicho sector. El instrumento fue un cuestionario de 11 preguntas abiertas y cerradas. Se identificaron cuatro dimensiones que influyen en la aceptación de los medicamentos genéricos: Información, seguridad/eficacia, consumo y acceso. El análisis de los resultados obtenidos por la escala de estandares estableció una media promedio, de las cuatro dimensiones de 3,2 (< 2,6 malo; 2,7 a 3,8 regular y > 3,8 bueno) lo que se interpreta como una aceptación regular. El ítem con menor media fue de 2,1 para la pregunta que mide la información proporcionada por el estado peruano sobre los medicamentos genéricos, lo que define a este como un mal difusor de la información sobre medicamentos genéricos. Asimismo, se encontró un alto consumo del medicamento genérico por parte de estos sectores con una media de 4,9; sin embargo, la razón del alto consumo está ligado al tema de la asequibilidad económica mas no a una confianza hacia el producto pues existe un temor sobre la seguridad y/o efectividad regular; esta dimensión obtuvo una media de 3,1. El acceso al medicamento genérico presenta dificultad moderada en los puntos de venta del sector privado (media = 3,0) de las zonas donde se realizó la medición. Los organismos estatales de salud y en especial el químico farmacéutico deben asumir protagonismo e informar sobre la intercambiabilidad en los distintos fármacos para que el paciente pueda elegir la opción más conveniente.

**Palabras clave:** Medicamento genérico, aceptabilidad, asequibilidad.

## ABSTRACT

This research aimed to determine the acceptability of generics drugs by users that belong to the C,D and E sectors from three metropolitan areas of Lima, as well as the degree of knowledge, confidence and potential barriers to their consumption for this a survey was conducted in which more than 85% of the respondents belonged to the socioeconomic levels C,D and E. The tool consisted in a questionnaire of 11 questions open and closed. There was identified four dimensions that influenced on the acceptance of generics drugs: Information, security/efficacy, consumption and access. The analysis by the scale of estanones set the median average of the four dimensions, of 3,2 ( 2,6 bad; 2,7 to 3,8 so - so and 3,8 good) which is interpreted as a regular acceptance .The item with less median 2,1 was to the question that mesuare the information provided by the peruvian government about generics drugs which define this as a bad diffuser of the information about generics drugs. In addition, it was found a high consumption of generics drugs by people in this sectors with an average of 4,9, however the main reason for this high consumption is linked to the economic affordability but no for trust in the product since exist distrust about the security and / or efficacy regular, this dimensions got a median of 3,1. Acess to generic drug presents moderate difficulty in drugstores of the private sector (median = 3.0 ) of the zones where the survey was carried out. The State health agencies and especially the pharmaceutical chemist must take a leading role and report on the interchangeability of different drugs for the patient to choose the most convenient option.

**Key words:** Generic drugs, acceptability, affordability.

## I. INTRODUCCIÓN

Los medicamentos genéricos tienen un papel protagónico en el tratamiento de las enfermedades, aumentando la accesibilidad y asequibilidad de los productos farmacéuticos, favoreciendo, sobre todo, a los sectores de menores recursos.

En la actualidad, casi la totalidad del volumen de los medicamentos suministrados por instituciones estatales están constituidos por medicamentos genéricos y estos representan un pequeño porcentaje en términos de valores; esto significa un inmenso ahorro en salud no solo para el gobierno peruano (Ministerio de Salud MINSA, Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas DIGEMID) sino también para las aseguradoras y las entidades privadas que prestan servicios de salud. Sin embargo, el crecimiento del mercado de los medicamentos genéricos en la región no se ha dado de modo homogéneo, el Perú no ha mostrado un avance en su consumo, a diferencia de países como Chile o Brasil; sino por el contrario un retroceso en el sector privado que ha caído hasta un 10% en unidades vendidas en el año 2009 que representa el 3% en términos de valores <sup>(1)</sup>.

Este bajo consumo se debe al insuficiente posicionamiento de los productos genéricos en el mercado peruano pues no cuentan con la aceptación plena de los profesionales de salud y usuarios, debidos tanto a ideas erróneas y conductas inducidas. A esta situación se suma el insuficiente sistema de aseguramiento de calidad en todos los medicamentos <sup>(2)</sup>.

El Brasil registró un crecimiento de 19,4% en participación de mercado de medicamentos genéricos el año 2009 <sup>(3)</sup>, en el 2010 tuvo un crecimiento a 21% en unidades de todos los medicamentos vendidos <sup>(4)</sup>. Por su parte en Chile el mercado de medicamentos genéricos ascendió a 32.3% en unidades que representaron solo el 6.2% en términos de valores al cierre del año 2010 <sup>(5)</sup>. Estos valores se encuentran muy lejos de los observados en países europeos con un mayor consumo de genéricos. En estos países, la cuota de mercado en



unidades, es superior al 50%, por ejemplo en Alemania, el Reino Unido o Dinamarca, y en algunos casos, como los de Letonia y Polonia, la cuota se acerca al 80%. En términos de importe, la cuota en los países de mayor consumo se encuentra cercana al 40% (Eslovaquia, Eslovenia, Dinamarca y Letonia) y, en el caso de Polonia, llega al 60% <sup>(6)</sup>.

Si bien desde el año 2009 la DIGEMID ha iniciado campañas donde promueven el uso de los medicamentos genéricos, estas deben realizarse teniendo claro cuales son las razones que tiene el consumidor para resistirse al consumo de genéricos, además de identificar los factores que limitan su penetración en el mercado que no están relacionados al consumidor sino que obedecen a factores macroeconómicos. Si se logran definir correctamente estos aspectos, podrá diseñarse un plan efectivo para incrementar el consumo del medicamento genérico de lo contrario estos esfuerzos no representaran más que gastos para la administración pública sin ningún beneficio; aun más podría incrementar la desconfianza que se tiene al medicamento genérico si se promueve un mensaje confuso hacia el consumidor.

Aunque el bajo precio del medicamento genérico es uno de sus principales atractivos, centrar los beneficios de los medicamentos genéricos en esta característica atenta contra el ingreso al mercado del mismo, sobre todo en el caso peruano pues al ser un mercado pequeño, difícilmente justificará el ingreso de la versión genérica de un medicamento de hacerlo con un precio bajo, dado que los volúmenes de compra no cubrirían el margen de ganancia. Adicionalmente, esto promovería el ingreso al mercado de productos con precios bajos de dudosa calidad, la experiencia peruana así lo confirma. Un medicamento genérico es un producto con seguridad comprobada respaldada por los años que viene comercializándose, mientras gozaba de protección por patente. El aumentar la participación del medicamento genérico tendrá como consecuencia natural el aumento de la competencia lo que se traducirá en tratamientos más asequibles a menor precio. La reducción excesiva del precio de los medicamentos genéricos en mercados de bajo volumen, como el peruano, puede dificultar seriamente la sostenibilidad del sector. Puesto que no

podrán cubrirse los costes de mantener la infraestructura esencial en relación con los costes de registro y otras exigencias legales con los ingresos generados <sup>(7)</sup>.

La presente investigación busca dar a conocer la opinión que tiene el público usuario de los sectores del nivel socioeconómico C, D y E en tres zonas de Lima sobre los medicamentos genéricos para definir las limitantes que tendría este producto a nivel del consumidor. Por lo expuesto nos planteamos como objetivo general determinar el grado de aceptación de los medicamentos genéricos entre los consumidores de los sectores C, D y E en tres zonas de Lima, y como objetivos específicos 1) Evaluar el grado de conocimiento entre los consumidores de los sectores C, D y E en tres zonas de Lima acerca de los medicamentos genéricos. 2) Evaluar el grado de confianza hacia los medicamentos genéricos. 3) Determinar las posibles barreras o frenos en la elección de un medicamento genérico. 4) Determinar el profesional y medio de comunicación con mayor influencia en el paciente.

## II. GENERALIDADES

### 2.1 CLASIFICACION DE MEDICAMENTOS

En el ámbito farmacéutico y de salud pública los medicamentos tienen diferentes clasificaciones según los diferentes criterios.

En una primera clasificación tenemos a:

**Medicamento Ético:** Son medicamentos que solo pueden adquirirse mediante receta médica <sup>(8)</sup>.

**Medicamento over the counter (OTC):** Son medicamentos de libre dispensación, sin necesidad de receta médica <sup>(8)</sup>.

En una segunda clasificación, según si cuentan o no con patente de propiedad:

**Medicamento Innovador:** Es el producto fabricado por la empresa que descubrió y patentó el principio activo. Normalmente, este medicamento se vende con una marca comercial, por lo cual se le suele denominar “marca innovadora”. Un medicamento se mantiene en la categoría de innovador a pesar del vencimiento de su patente <sup>(9)</sup>.

**Medicamento de Marca:** Son aquellos que copian la fórmula del medicamento innovador <sup>(9)</sup>, puede ser con consentimiento del laboratorio productor mediante el pago de un derecho o *royalty*; o sin el consentimiento de este y comercializado en lugares donde no sea efectiva la protección de patente.

**Medicamento Genérico:** Es el medicamento que se comercializa bajo la Denominación Común Internacional (DCI) del principio activo y no es identificado con el nombre de marca <sup>(10)</sup>, son elaborados solo después de la expiración de la patente del medicamento original.

**Medicamentos esenciales:** Los medicamentos esenciales son aquellos que satisfacen las necesidades asistenciales prioritarias de la población. Se seleccionan prestando la debida atención a su importancia para la salud pública, a las pruebas sobre su seguridad y eficacia, y a su rentabilidad comparativa. Los medicamentos esenciales deben estar disponibles en todo momento en el contexto de los sistemas de salud existentes, en cantidades adecuadas, en las formas farmacéuticas apropiadas, con una calidad garantizada y a un precio asequible para los individuos y la comunidad. La aplicación del concepto de medicamentos esenciales debe ser flexible y adaptable a muchas situaciones diferentes; la definición de cuáles son exactamente los medicamentos que se consideran esenciales sigue siendo una responsabilidad nacional <sup>(11)</sup>.

En el Perú, solo se consideran dos clases de medicamentos, los de nombre comercial (donde se incluyen los medicamentos de marca e innovadores) y los medicamentos genéricos.

En general el medicamento genérico involucra al menos una dimensión legal, una fármaco-clínica y una económica. Su dimensión legal está dada por el hecho de que se trata de medicamentos para los que no existen o han caducado los derechos exclusivos de comercialización (patentes), la dimensión fármaco-clínica se manifiesta en que el medicamento genérico debe ser terapéuticamente equivalente al fármaco cuya seguridad y eficacia ha sido probada (llámese este medicamento de marca, original, bajo patente o de referencia). Una vez satisfechas la dimensión legal y la fármaco-clínica, se puede comercializar el producto genérico y establecer una competencia por precios, ya que al finalizar el período de protección que brinda la patente se eliminan los precios monopólicos <sup>(12)</sup>.

Es preciso señalar que, para que un medicamento genérico sea considerado intercambiable, debe ser terapéuticamente equivalente al producto comparador. El abordaje desde la «intercambiabilidad» se basa en la demostración que dos medicamentos pueden ser usados indistintamente, por

ser equivalentes terapéuticos; es decir, que producirán el mismo efecto esperado. Pero existen muchas formas de demostrar equivalencia terapéutica entre dos productos que tienen el mismo principio activo. Puede ser demostrada o inferida utilizando distintos mecanismos y es la normatividad vigente en un país o región la que va a definir los caminos a seguir <sup>(13)</sup>.

Sin embargo, existen productos farmacéuticos para los cuales la intercambiabilidad se asegura por las buenas prácticas de manufactura (BPM) y especificaciones, por lo que no requieren estudios de equivalencia terapéutica. La equivalencia terapéutica, y por lo tanto la intercambiabilidad, se puede determinar mediante estudios de bioequivalencia, estudios farmacodinámicos comparativos, estudios clínicos comparativos y estudios in vitro. Los avances científicos y tecnológicos en el área de la biofarmacia han permitido desarrollar un sistema de clasificación biofarmacéutica, según el cual determinados productos farmacéuticos podrán optar por una bioexención, es decir, demostrar su equivalencia terapéutica sin necesidad de realizar estudios comparativos in vivo, sino mediante estudios comparativos in vitro. Acertadamente la Ley 29459 (de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios), en su artículo 10.º, plantea, de acuerdo con lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que los estudios de bioequivalencia (intercambiabilidad) in vivo sean exigibles a los productos de riesgo sanitario alto, considerando las excepciones de acuerdo con la clasificación biofarmacéutica atendiendo al principio de gradualidad, ello permitirá asegurar la eficacia, seguridad y calidad de los medicamentos que se comercializan en el país.

La Ley también señala que los estudios de estabilidad deben presentarse de acuerdo con el reglamento aprobado por el MINSA. Por ello es que, mediante la Resolución Ministerial N° 805-2009/MINSA, se aprueba la directiva sanitaria que reglamenta los estudios de estabilidad de medicamentos.

Desde 1997, con la Ley 26842, se estableció la necesidad de que las personas que se dedican a la fabricación o almacenamiento de productos farmacéuticos

o ejecuten parte de los procesos, se ciñan a las BPM. De acuerdo con el registro de la DIGEMID, a diciembre de 2008, existen 245 droguerías que cuentan con la certificación de Buenas Prácticas de Almacenamiento –BPA– que representan sólo 6,7% de un total de 3661 registrados y 18,0% (62/345) laboratorios certificados con BPM.

Por ello, otro de los requisitos importantes para la inscripción y reinscripción del registro sanitario que se considera en esta ley es la presentación del certificado de BPM del fabricante nacional o extranjero emitido por la Autoridad Nacional de Medicamento (ANM), es decir, la DIGEMID. Esto significa que la DIGEMID tendrá la autoridad suficiente para inspeccionar plantas de fabricación no solamente de laboratorios nacionales sino también extranjeros y exigir la certificación y su mantenimiento. Así también, hace mención que se aceptará sólo los certificados de BPM de países de alta vigilancia sanitaria y los países con los que exista reconocimiento mutuo. Todo esto redundará en la calidad de los productos, que estarán respaldados por el cumplimiento de las BPM.

En este contexto y en el marco de la Política Nacional de Medicamentos, la DIGEMID viene realizando acciones orientadas a fomentar una cultura de uso racional de los medicamentos a nivel nacional, acciones que incluyen, entre otras, la elaboración del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNME) para el sector público, esto a través del grupo de trabajo multisectorial creado por Resolución Ministerial N.º 007-2008 PCM que asumió la responsabilidad de elaborar la propuesta, aspecto que también ha sido contemplado por la actual Ley 29459 en su artículo 34º.

El PNME para el sector público se elabora mediante un proceso de selección de los medicamentos esenciales porque ayuda a establecer prioridades dentro de un sistema sanitario y permite garantizar la atención de los problemas prioritarios de salud de la población <sup>(14)</sup>.

El PNME, vigente a la fecha aprobado por R.M. N° 062-2010/MINSA, incluye 428 principios activos en 662 presentaciones farmacéuticas, tiene alcance

para las instituciones del MINSA, dependencias públicas; y otros órganos estatales: Ministerio de Defensa (Fuerza Aérea, Marina de Guerra y Ejército), Ministerio del Interior, Ministerio de Salud, ESSALUD con diversidad de principios activos <sup>(15)</sup>.

## 2.2 NORMATIVIDAD

La ley 26842 <sup>(16)</sup> dada en el año 1997 permitía la inscripción de productos farmacéuticos con solo una declaración jurada del solicitante que garantice la calidad, seguridad y eficacia del producto. Para la importación se solicitaba solo una declaración jurada que ni siquiera consignara como requisito indispensable el número de registro sanitario sino solamente la fecha de solicitud de este (Art. 52), en cuanto a la vigilancia de la calidad esta solo se limitaba al análisis de los productos pesquisados y no a la totalidad de estos.(Art.69)

En 1991 se eliminaron los controles de precios <sup>(17)</sup>; en 1992 se redujo a uno el trámite documentario que un productor o importador debía realizar para obtener el registro sanitario necesario para comercializar un nuevo producto farmacéutico <sup>(18)</sup>. El D.L N° 25596- estableció a 30 días el plazo para que el organismo regulador respondiera a la solicitud de registro presentada por una empresa farmacéutica; esta norma también garantizaba el “silencio administrativo positivo”, es decir, si después de treinta días no se había obtenido respuesta, la empresa consideraba como otorgado el registro sanitario del medicamento. La Ley General de Salud de 1997 redujo a siete días dicho plazo <sup>(16, 18, 19)</sup>.

Este insuficiente control propició la formación de empresas oportunistas que sólo se formaban para importar productos específicos y que luego se disolvían, sin ningún compromiso por parte de estas de garantizar la calidad de los productos que comercializaban, ignorando el artículo 21 del Decreto supremo N° 010-97 SA Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos y Afines, donde indica que de disolverse la empresa titular del registro sanitario de un producto esta debe retirar del mercado los productos fabricados o importados por ella.



*Artículo 21.- En caso que la empresa titular del Registro Sanitario de un producto sea declarada en disolución, sin que haya transferido la titularidad del registro a un tercero, ésta deberá retirar del mercado todos los productos fabricados o importados por ella, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario contados desde la fecha de disolución. Vencido este plazo, se ordenará el decomiso del producto.*

*Decreto supremo 010-97 SA Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos y Afines.*

La finalidad de estas normas permisivas, era fomentar el ingreso de medicamentos al mercado nacional para lograr favorecer a la población peruana con nuevas y mejores opciones para el tratamiento de las enfermedades; se logró fomentar el ingreso, sin embargo, no se lograron mejores opciones para la población.

Esto promovió el incremento significativo del número de medicamentos registrados anualmente. Así durante el año 1990 se registraron 163 medicamentos, mientras que solo en el año 1999 se registraron 2066 medicamentos (Tabla 1).

**Tabla 1. Medicamentos Registrados en el período 1988 - 1999**

Años	Nº de Medicamentos Registrados
1988	148
1989	83
1990	163
1991	1.006
1992	1.345
1993	1.895
1994	1.289
1995	2.348
1996	1.776
1997	1.004
1998	1.669
1999	2.066

Fuente y elaboración: MINSA. (2001)

Tomado de Seinfeld, Janice- La Serna, Karlos <sup>(9)</sup>.

Esta laxitud en la regulación incrementó el ingreso de medicamentos al mercado nacional, al menos en número de registros, pero a la vez también permitió el ingreso de productos de dudosa eficacia.

En julio de 1992 el Decreto Ley 25596 inauguró el sistema de registro sanitario de productos farmacéuticos en el Perú de aquel entonces. Este sistema permite el registro virtualmente automático de cualquier producto que la industria farmacéutica pueda formular, basado en la falsa premisa que supone que todo nuevo medicamento ofrece alguna ventaja terapéutica y es necesario.

Un estudio publicado por Acción Internacional para la Salud (AIS) realizado por Grández <sup>(20)</sup>, tuvo como objetivo medir el impacto del DL 25596 a través del análisis cuantitativo y cualitativo de todos los medicamentos, productos dietéticos y edulcorantes, agentes de diagnóstico y productos de origen biológico registrados desde el primero de enero al 31 de diciembre de 1993.

Los datos sugieren que como consecuencia del DL 25596, durante 1993 se autorizó la comercialización de un número significativo de productos con deficiente eficacia, seguridad o racionalidad terapéutica.

El costo de la inscripción de un producto en el Perú era muy bajo a comparación de otros países de la región (Tabla 2), estas tarifas se modificaron desde Julio del 2009 al año 2010 donde las inscripciones están en su mayoría por encima de los 2000 nuevos soles <sup>(21)</sup>. Esto provee a las autoridades sanitarias recursos para mejorar el control y vigilancia de los productos farmacéuticos.

**Tabla 2. Registro Sanitario de Medicamentos al año 2001**

País	Costo del Registro Sanitario	Tiempo de Trámite Medicamento Nuevo	Tiempo de Trámite Medicamento Genérico
Perú	US\$ 86	7 días	7 días
Ecuador	US\$ 1.000	6 meses	3 meses
Colombia	US\$ 700 y US\$ 1.400	8 meses	6 meses
Chile	US\$ 1.000	8 meses	6 meses
Venezuela	US\$ 186 y US\$ 1.000	8 meses	8 meses

Fuente: Alafarpe

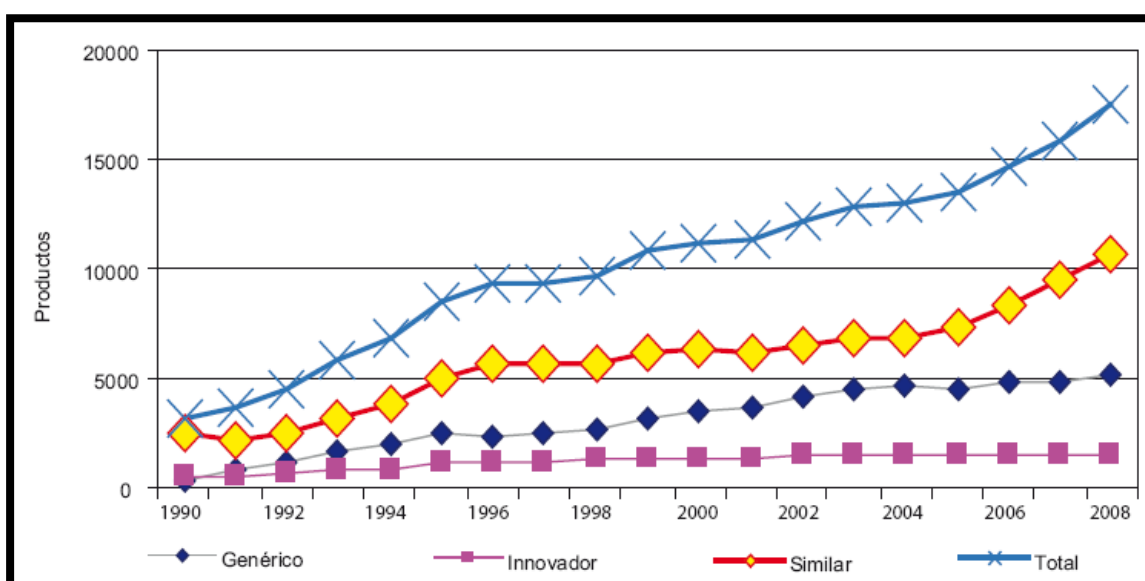
Elaboración: Maximixe Octubre 2001

Tomado de Seinfeld, Janice- La Serna, Karlos <sup>(9)</sup>

En la última ley 29459 <sup>(22)</sup>, dada el 26 de noviembre del 2009, se trata de enmendar los errores en la anterior reglamentación. Se estipula que el primer lote de la inscripción o reinscripción de un medicamento debe ser analizado por un laboratorio del Centro Nacional de Control de Calidad (INS, Instituto Nacional de Salud) o un laboratorio perteneciente a la red de laboratorios acreditados; todos los lotes previamente a su comercialización deben consignar el certificado de control de calidad por parte del laboratorio (art 45). Se piden estudios de intercambiabilidad para demostrar su eficacia (art 10). Se piden BPM a todos los laboratorios nacionales y extranjeros <sup>(23)</sup>. Además se modifican los plazos de repuesta de las autoridades sanitarias de un mínimo de 30 días a 12 meses <sup>(24)</sup>.

## Registros sanitarios en el Perú

En la Figura 1 mostrada abajo podemos apreciar la evolución en registros sanitarios que han tenido los medicamentos desde el año 1990 al 2008.



**Figura 1. Evolución del registro sanitario de medicamentos 1990-2008**

Fuente: DIGEMID Sistema Nacional de Información de Medicamentos

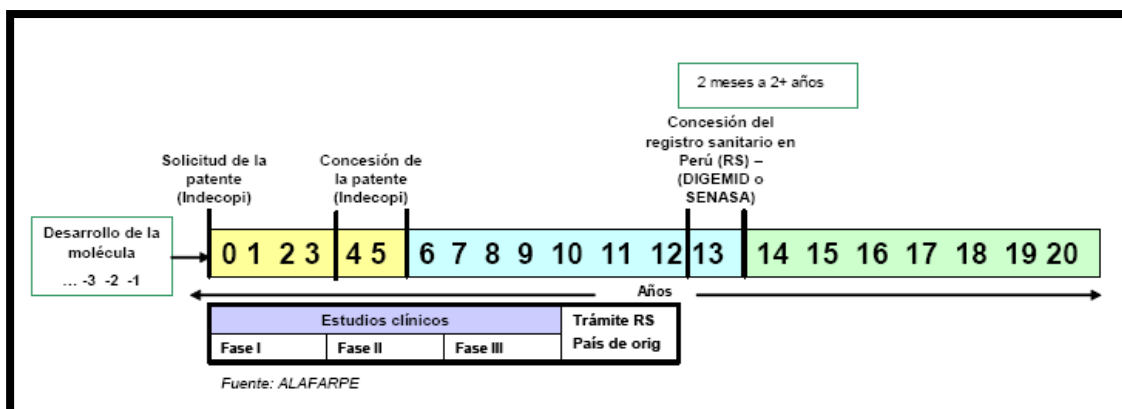
Tomado de: Dongo <sup>(14)</sup>

Según el MINSA al mes de Julio del 2010 existen 16 681 medicamentos inscritos de los cuales 11 982 (71,83%) son medicamentos con nombre comercial (dentro de los cuales se incluyen los medicamentos innovadores), y 4 699 (28,17%) corresponden a medicamentos genéricos.

### 2.3 TRATADO DE LIBRE COMERCIO

El último tratado de libre comercio firmado entre EEUU y Perú, en lo concerniente a medicamentos se tocaba temas relacionados con incrementar la protección que otorgaban las patentes tomando en cuenta diversos

escenarios que influyen en la protección efectiva. Como se sabe, la protección que ofrece la patente es por un período de 20 años desde la solicitud de esta, de los cuales solo 8 años son la protección que tiene el producto en el mercado que vendría a ser desde la concesión del registro sanitario (Figura 2).



**Figura 2. Número de años transcurridos para el patentamiento y comercialización de un producto.**

Tomado de: Apoyo consultoría <sup>(25)</sup>

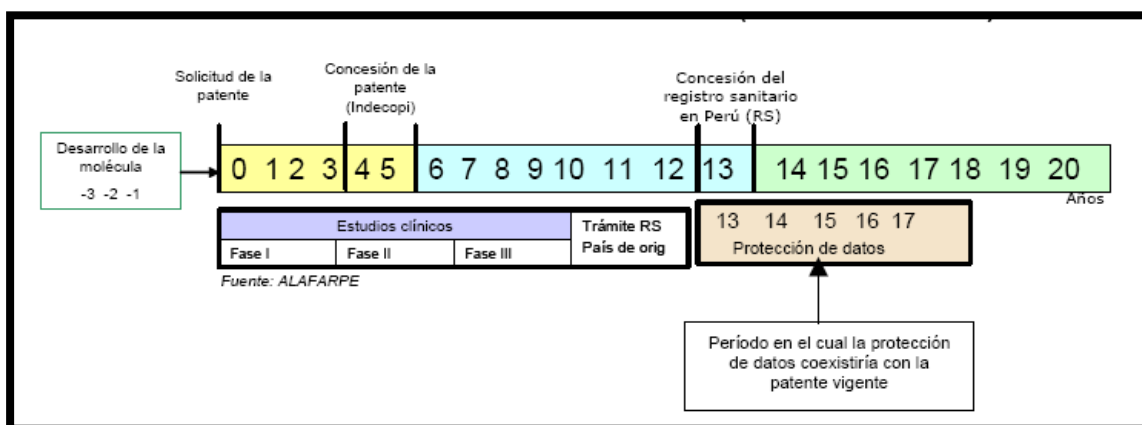
Los escenarios que se discutieron en la negociación son los siguientes:

### **Protección de datos prueba**

Se refiere a la protección que deberían tener los estudios clínicos que garantizan la efectividad y seguridad de los medicamentos nuevos. En el Perú la concesión del registro sanitario y autorización de comercialización a un medicamento similar (de marca) a un innovador se logra con la sola presentación de la autorización de comercialización en su país de origen, que vendría a ser la prueba de que los estudios clínicos fueron realizados. La propuesta vendría a ser que para que un producto farmacéutico pueda obtener la autorización de comercialización deba presentar estudios clínicos, estos estudios, al gozar de protección (según la propuesta norteamericana) no podrían ser presentados por ninguna empresa salvo autorización del que generó dichos estudios por un periodo indefinido, es decir ningún competidor podría ingresar al no contar con estos datos, a partir de su ingreso al mercado

tendría una protección de 5 años en el Perú. Esta protección de datos prueba sería tan efectiva como una patente, es por ello que es el principal punto de discordia en el tratado.

Si el producto esta patentado, estos años de protección de datos coexistirían, por lo general, con la protección de la patente (Figura 3) <sup>(25)</sup>. Esto ocurre generalmente en el país donde se originó el producto y en los territorios donde se patentó casi paralelamente (ya que las patentes solo tienen protección territorial, solo pueden patentarse en otros territorios hasta un año después de su solicitud en cualquier parte del mundo).



**Figura 3. Número de años transcurridos para el patentamiento y comercialización de un producto (caso medicamentos)**

Tomado de: Apoyo consultoría <sup>(25)</sup>

En el Perú existen gran cantidad de productos que no gozan de patentes, según la propuesta norteamericana; para estos la protección que se concedería sería de 3 años, en caso fueran nuevos productos la protección sería de 5 años.

El CAFTA (tratado de libre comercio entre EEUU y Centro América) limitó la protección a 5 años a partir de la protección de los datos prueba en el país de origen y 5 años más si ingresa a un territorio.

### **Compensación por tiempo de demora injustificada en la autorización de comercialización**

Si DIGEMID se demorase más de un tiempo determinado en dar la autorización de la protección de la patente si la hubiere deberá ser compensada.

### **Compensación por tiempo de demora injustificada en la concesión de la patente**

Extender la patente en un plazo equivalente a la demora, ya que esta limita la protección efectiva de la patente.

### **Patentamiento de usos**

En caso de encontrar un segundo uso a algún fármaco diferente a su uso original con el que fue lanzado al mercado se le daría protección adicional.

### **Patentamiento de métodos terapéuticos**

Protegería la forma en que es usado un medicamento.

### **Licencias Obligatorias**

Estas licencias son otorgadas en el Perú por el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPI), permiten explotar la invención de un tercero sin su autorización, brindándosele una remuneración adecuada por ello en forma de regalías. Se otorgan en situaciones como:

- Precios altos en medicinas
- Prácticas anticompetitivas por parte de las empresas farmacéuticas.

- Incapacidad del titular de la patente de abastecer suficientemente el mercado.
- Emergencia nacional en temas de salud.
- Necesidad de establecer una industria farmacéutica básica.
- No explotación de la patente.

La propuesta de EEUU plantea que las licencias regularían únicamente en caso de emergencia nacional.

### **Agotamientos de derechos**

En el caso de agotamiento de derechos se refiere que cuando el dueño de la patente introduce el producto en el territorio el “derecho se agota”, esto permiten las importaciones paralelas (cuando el agotamiento es internacional) que se dan cuando el precio del producto es más alto en un país que en otro. En este caso los productos se traen del país donde el precio es menor para abastecer al de precio mayor, pasando por encima del dueño de la patente. La propuesta de EEUU solicita que el Perú no posibilite el agotamiento internacional.

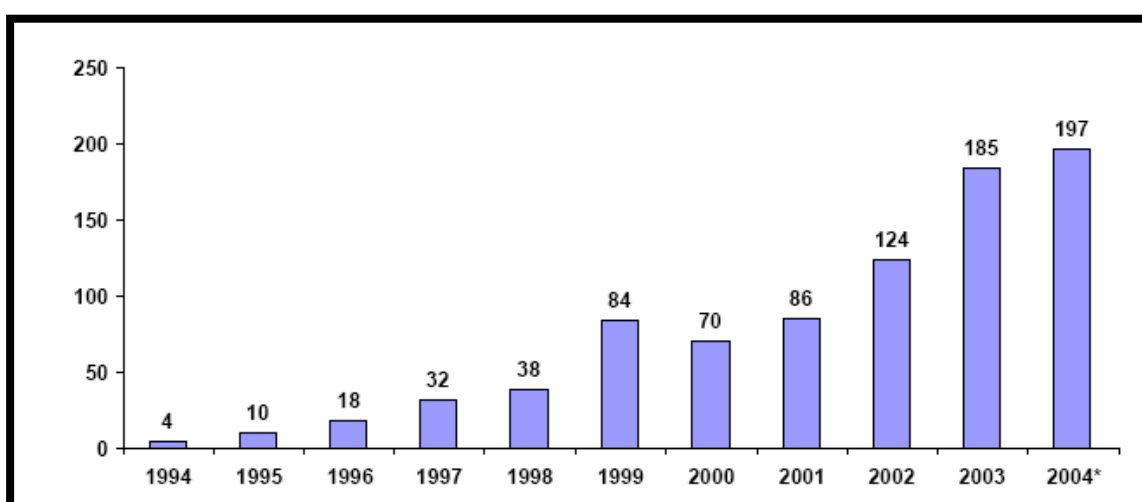
### **Linkage**

Actualmente no existe cruce de información entre DIGEMID e INDECOPI, lo que permitiría que aquella otorgue registros sanitarios a terceros sin saber si un producto está protegido por una patente o no. Al respecto se pide que se implementen medidas para evitar esto, además la DIGEMID debería informar acerca de la solicitud de autorización de comercialización de un tercero al dueño de la patente.



## Patentes otorgadas

Según APOYO Consultoría <sup>(25)</sup> al año 2004 la Asociación Nacional de Laboratorios Farmacéuticos (ALAFARPE) mencionó que en los últimos cinco años de las 122 moléculas nuevas lanzadas en el mundo, solo 36 fueron lanzadas en el Perú. De estas 36 moléculas nuevas, 11 enfrentaron competencia. Los laboratorios nacionales representaron el 60% del mercado de dichas 11 moléculas.



**Figura 4. Número de patentes otorgadas para productos farmacéuticos  
1994 - 2004**

Fuente: INDECOPI

\*Estimación para el año 2004 basada en información hasta agosto del mismo

Tomado de: Apoyo Consultoría <sup>(25)</sup>

Desde que el TLC entró en vigencia en febrero del 2009 se han otorgado protección de datos prueba a 11 productos (Anexo 1), otros 5 están en evaluación y a 3 le ha sido denegada la protección; el decreto legislativo 1072 regula la protección de estos datos en donde se indica además que las autoridades sanitarias tomarán en cuenta la naturaleza, esfuerzos y gastos empleados en la obtención de estos datos para determinar el período de protección <sup>(26)</sup>.

## 2.4 CARACTERÍSTICAS DEL MERCADO

### 2.4.1 Mercado Farmacéutico

Teniendo en cuenta los fármacos más vendidos en el mundo podemos darnos una idea del tamaño del mercado nacional que en el 2009 ascendió a 1,2 millones de dólares; en el 2007 un solo fármaco, Lipitor, alcanzó la cifra de 13,5 mil millones de dólares de ventas en el mundo (Tabla 3).

**Tabla 3. Medicamentos más vendidos en el mundo. Miles de millones de dólares 2007**

	Ventas	% crecimiento
Lipitor	13,5	-2,8
Plavix	7,3	20,5
Nexium	7,2	5,3
Seredite/Advair	7,1	9,6
Enbrel	5,3	15,3
Zyprexa	5	1,9
Risperdal	4,9	4,4
Seroquel	4,6	16,2
Dingulair	4,5	14,7
Aranesp	4,4	12,9
Total Mercado	663,5	6,1

Tomado de MINSA <sup>(27)</sup>

En el año 2002 las ventas mundiales del mercado farmacéutico fueron de 400 mil millones de dólares como sigue:

**Tabla 4. Ventas mundiales del mercado farmacéutico 2002**

<b>Región</b>	<b>Ventas (miles de millones)</b>	<b>Participación (%)</b>
América del Norte	203.6	51
Unión Europea	90.6	22
Resto de Europa	11.3	3
Japón	46.9	12
Asia, África y Australia	31	6.8
América Latina	16.5	4
<b>TOTAL</b>	<b>400.6</b>	<b>100</b>

Fuente: IMS Health, IMS world Review 2003

Tomado de: Apoyo Consultoría <sup>(25)</sup>

De la Tabla 4 se observa que la participación de América latina en el año 2002 fue de solo 4% con respecto a las demás regiones; esto demuestra el limitado atractivo que puede tener la región para las industrias farmacéuticas transnacionales. Además en América latina, el Perú es un mercado comparativamente pequeño, como se aprecia a continuación.

El valor de ventas anual del mercado farmacéutico privado peruano en 2005 fue de aproximadamente 408 millones de dólares, representando el 1,5% de las ventas totales de América latina (Tabla 5).

**Tabla 5. Valor de ventas anual del mercado farmacéutico privado, 2005**

<b>Nº</b>	<b>Países</b>	<b>Millones de Dólares</b>	<b>Participación (%)</b>	<b>Crecimiento (%)</b>
1	México	9 081	34.74	12
2	Brasil	8 438	32.32	9.5
3	Argentina	2 273	8.71	12.2
4	Venezuela	2 155	8.26	32.3
5	Colombia	1 380	5.29	10.4
6	Chile	838	3.21	18
7	Centroamérica	723	2.77	5.1
8	Ecuador	532	2.04	8.4
9	Perú	408	1.56	10.2
10	Uruguay	176	0.67	7.1
11	Paraguay	100	0.38	4.2
	<b>Total</b>	<b>26 104</b>	<b>100</b>	<b>12.8</b>

Fuente: IMS health

Tomado de: Aravena <sup>(28)</sup>

En el 2006 las ventas anuales en el mercado nacional privado alcanzaron 481 millones de dólares <sup>(28)</sup>.

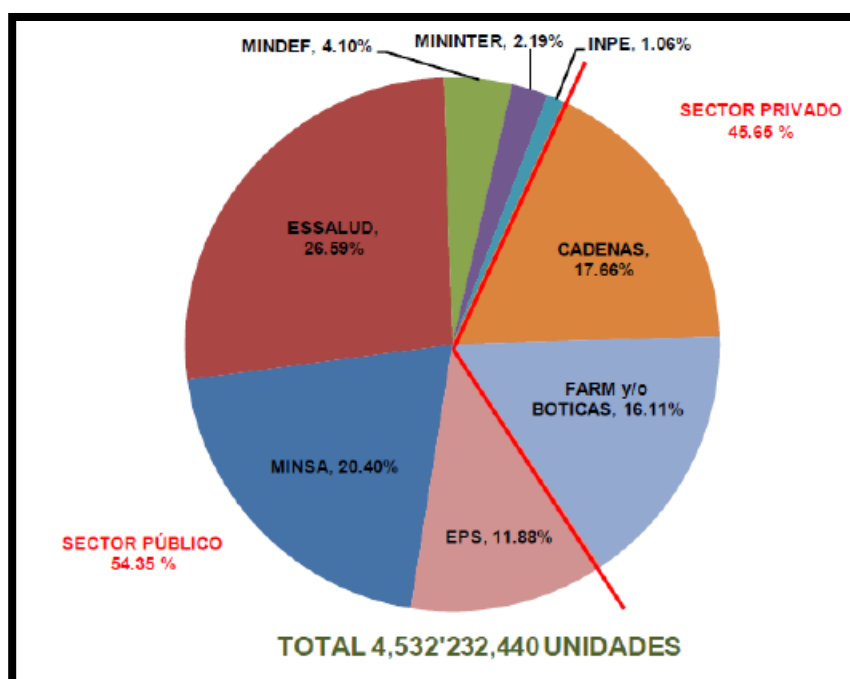
El mercado farmacéutico en el 2009 registró ventas por 1,030 millones de dólares según la agencia peruana de noticias Andina <sup>(29)</sup>, lo que significaba un crecimiento cercano al 8,5%. Dichas ventas fueron superiores a los 950 millones que se registraron el 2008, por lo que existe optimismo en el sector. También se señaló, que el mercado farmacéutico peruano se ubica en el séptimo puesto de la región, encabezado por economías como Brasil y México.

Como se puede apreciar el mercado peruano de medicamentos es pequeño a comparación de los otros mercados mundiales, esto lo hace poco atractivo para la introducción de nuevos productos, y más aun en la introducción de genéricos ya que estos últimos generan rentabilidad en base a los grandes volúmenes vendidos.

## Mercado Farmacéutico Nacional

El mercado farmacéutico nacional se refiere a la distribución del consumo de todos los medicamentos que ingresan por importaciones y los que se producen en el territorio, esta distribución puede expresarse de distintas maneras; sin embargo, para este estudio consideraremos dos maneras: La distribución por **unidades**, que se refiere a las cantidades consumidas en unidades físicas; y la distribución por **valores**, que se refiere a las cantidades en términos monetarios que representan.

En la figura 5 se muestra la distribución en unidades del mercado farmacéutico nacional al año 2009, asimismo se muestran las cantidades que corresponden al sector privado y el sector público.



**Figura 5. Aproximación de la distribución del mercado farmacéutico nacional en unidades – Año 2009**

Sector Público: Compras públicas registradas en el SEACE DIGEMID

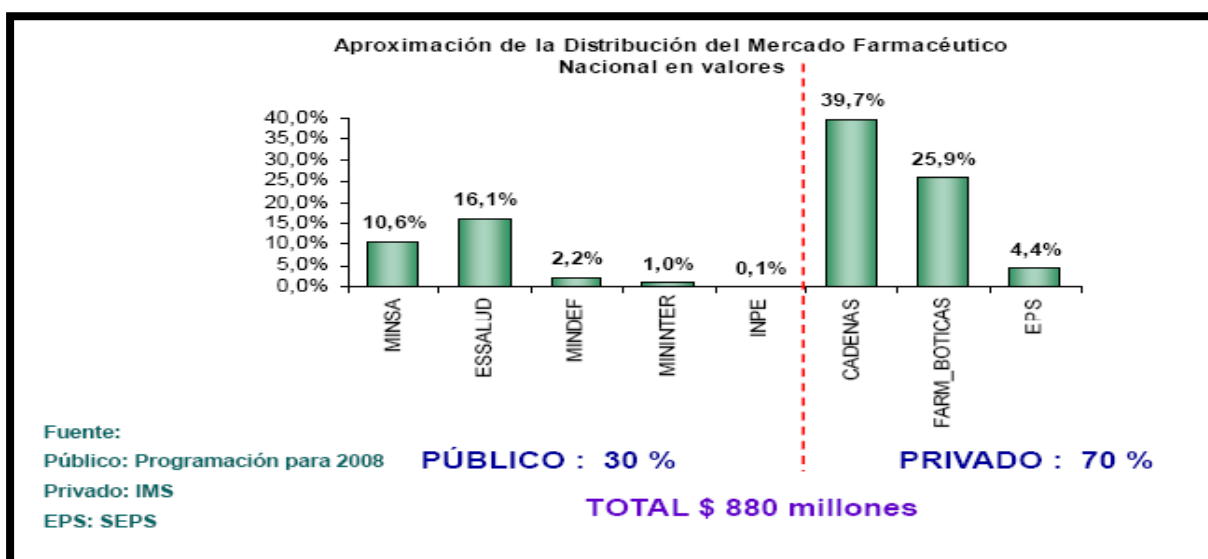
Sector Privado: IMS health del Perú e información pública de las SEPS

Fuente: Logros del proceso MeTA Perú <sup>(30)</sup>

De acuerdo a la figura 5 el 54,5% del total de unidades consumidas en el país corresponden al sector público (Anexo 2). En valores, estas compras ascendieron, el año 2009, a 350 millones de nuevos soles; para el año 2010 se ha previsto que alcanzará la cifra de 400 millones de nuevos soles <sup>(31)</sup>.

En el 2009, el mercado total farmacéutico en términos de valores ascendió aproximadamente a 1200 millones de dólares anuales, de los cuales aproximadamente 760 millones corresponden a ventas en el mercado privado <sup>(32)</sup>. En ese mismo año solo el 10% de medicamentos comercializados en el sector privado, correspondieron a medicamentos genéricos, estos representaron el 3% del mercado en valores <sup>(1)</sup>.

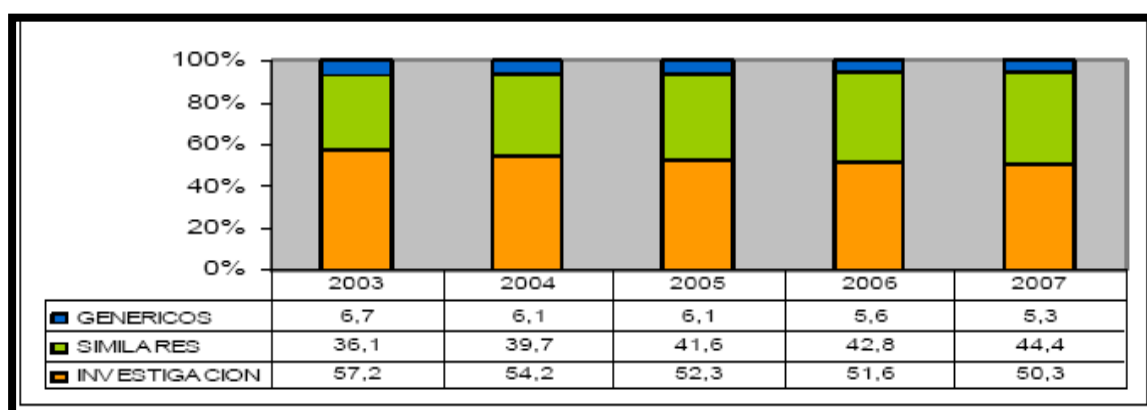
En la figura 6 observamos la distribución en términos de valores que corresponde al sector público y privado para el año 2008.



**Figura 6. Aproximación de la distribución del mercado farmacéutico nacional en valores 2008**

Tomado de: MINSA <sup>(27)</sup>

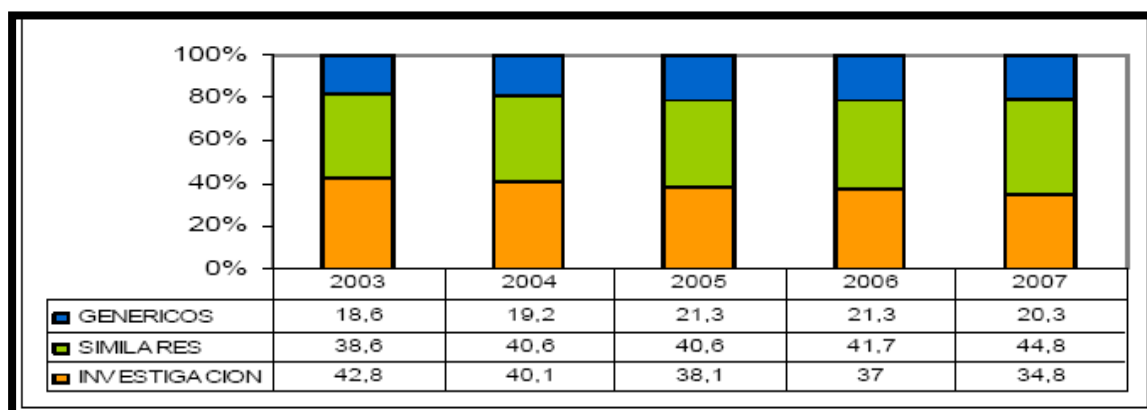
Las Figuras 7 y 8 de barra comparativa nos muestran la participación en unidades y valores que tuvo el medicamento genérico desde el año 2003 al año 2007 en el sector privado que corresponde a Entidades Prestadoras de Salud (EPS), farmacias, boticas y cadenas.



**Figura 7. Mercado Farmacéutico Peruano Distribución % Valores 2003-2007**

Fuente: IMS 2007

Tomado de: MINSA <sup>(27)</sup>



**Figura 8. Mercado Farmacéutico Peruano Distribución % Unidades 2003-2007**

Fuente: IMS 2007

Tomado de: MINSA <sup>(27)</sup>

### 2.4.2 Asimetría de la información

Existe un flujo asimétrico de la información entre los participantes del mercado, donde el paciente generalmente sabe menos que el médico (y este que el fabricante) acerca de la calidad, seguridad, eficacia, valor monetario y propiedades específicas de los medicamentos que va a adquirir. Esta asimetría hace que la demanda sea una demanda inducida, pues es el médico quien prescribe el producto que el paciente debe consumir. En el Perú, a diferencia de otros países, el que influye en la decisión de compra es el farmacéutico dependiente de la farmacia, si es que este se encuentra presente, esto se debe a que el gasto en medicamentos en un gran porcentaje de la población corre a cuenta del paciente puesto que el seguro nacional de salud no cubre a la totalidad de la población, ni siquiera a la mayoría. En el año 2008 el 64% de los productos farmacéuticos comercializados correspondió a farmacias y boticas <sup>(33)</sup>.

Esta situación se ve agravada con el ingreso de cadenas de farmacias ligadas a laboratorios orientando la demanda hacia productos más rentables antes que otros <sup>(33, 34)</sup>.

En el análisis realizado por Seinfeld- La Serna <sup>(9)</sup> sobre la desinformación sobre los medicamentos genéricos muestran una encuesta realizada el 2001 a nivel nacional en el que más del 50% de los encuestados señaló desconocer los medicamentos genéricos (Tabla 6). Durante el año 2002, se realizó una encuesta <sup>(35)</sup> en el hospital Nacional Arzobispo Loayza, determinándose que solo el 58,43% de los encuestados que acudían a la farmacia de dicho hospital había oído hablar de los medicamentos genéricos.



**¿La gente ha oído hablar de los medicamentos genéricos?**

	Total	Lima	Piura	Chiclayo	Trujillo	Huancayo	Arequipa	Cusco
Sí oyeron	49,6	55,7	55,5	59,0	50,0	29,7	35,5	31,6
No oyeron	50,4	44,3	42,5	41,0	50,0	70,3	64,5	68,4
Total hogares	1090	530	80	100	100	91	110	79

Fuente y elaboración: Consumo Respeto. Enero 2002. p. 6

**Tabla 6. Conocimiento de medicamentos**

Tomado de: Seinfeld, Janice- La Serna, Karlos <sup>(9)</sup>

La industria farmacéutica invierte gran cantidad de dinero en promoción médica y marketing, pudiendo llegar a invertir hasta 60% de la venta neta en actividades de marketing y promoción, incluyendo remuneraciones. Esta inversión se debe a que una receta es una venta con altas probabilidades de concretarse, y los laboratorios tienen especial disposición e invertir más en productos para enfermedades crónicas que son los que el paciente debe tomar constantemente. Los médicos conocedores de la importancia de la receta en el negocio exigen participar en dichos réditos, llegando a acuerdos con dichos laboratorios a cambio de inscripciones en congresos, viajes, atenciones, regalos, entre otros pedidos. Todas estas acciones promocionales de una u otra forma las termina pagando el paciente. Los representantes médicos juegan un papel muy importante en este respecto <sup>(28)</sup> pues son ellos los intermediarios entre la industria farmacéutica y el médico.

Mucha de la información promocional que ofrecen los laboratorios farmacéuticos carece de veracidad, buscando aumentar la demanda de sus productos por medio de la especulación; es así que llegan a asociar síntomas con ciertas enfermedades con las que no tienen relación con el fin de generar mayor demanda.

La manipulación de la información es promovida por un complejo médico industrial conformado por empresas farmacéuticas, centros médicos y otros establecimientos de salud, boticas y farmacias, estimulan la creación de

supuestas “nuevas patologías” que están relacionadas con condiciones fisiológicas comunes y naturales del ciclo de la vida humana con el propósito de poner en actividad creativos engranajes de comercialización de tecnología médica, incluyendo los medicamentos.

En el año 2007 DIGEMID hizo 83 observaciones en la publicidad de 15 laboratorios que no cumplieron con las normas publicitarias. (Anexo 3)

#### **2.4.5 Oferta limitada en puntos de venta**

La tendencia al cambio de receta en la farmacia es cada vez mayor y existe un tremendo vacío legal al respecto ya que está permitido, este cambio no se da a favor de un genérico, aunque lo lógico sería que si un paciente no logra comprar un medicamento de marca por el precio, se le recomiende el genérico correspondiente, pero en la práctica no es así. Si no es el paciente el que exige el genérico, el dependiente difícilmente se lo recomendará. En el Perú al menos tres cadenas de farmacias tienen una integración vertical con laboratorios farmacéuticos que proveen de líneas de productos que al no tener gastos de promoción y marketing, representan un margen bruto mayor que el resto de productos <sup>(28)</sup>.

Aylas <sup>(34)</sup> mostró en su estudio que las cadenas de farmacias tienen una oferta espontánea, para 10 medicamentos trazadores (medicamentos del estudio), de precio más elevado que las farmacias y boticas en los 4 distritos donde se realizó el estudio, esto se debe a que las políticas de estos establecimientos que representan la mayoría en el sector privado están orientadas a lograr altos márgenes de ganancia.

Los dependientes de las farmacias tienen cuotas de ventas mensuales por alcanzar, condición que no les permite maniobrar a favor del paciente sino en función a la ganancia propia. Según algunos testimonios de estos actores, refieren que muchos pacientes no se sienten cómodos con la idea de cambio

de la receta por un medicamento genérico ya que tienen un mal concepto de este, lo que agrava la situación.

Capuñay <sup>(36)</sup> menciona en un estudio de disponibilidad y costos de medicamentos genéricos en farmacias y boticas del sector privado de Lima y Callao, 2001 que del total de establecimientos estudiados (783 establecimientos) se encontró por lo menos un medicamento genérico disponible para los 20 medicamentos trazadores en evaluación, donde un 45% de los establecimientos tienen disponibles entre 11 a 15 y en un 33% entre 16 a 20 medicamentos genéricos trazadores.

Sin embargo, este resultado por alentador que parezca no se relaciona con el consumo de los medicamentos genéricos por parte de los usuarios, ya que los establecimientos pueden tener el medicamento genérico en stock pero eso no asegura de ninguna manera que promuevan su venta y consumo.

#### **2.4.6 Antecedentes Negativos**

Aunque a fines de 2009 se ha modificado la normativa hacia una más rigurosa, la falta de control que hubo en los medicamentos afectó especialmente a los genéricos en cuanto a imagen, puesto que todos los medicamentos tenían libre ingreso al mercado con tan solo el registro sanitario que era excesivamente fácil de obtener, las pesquisas realizadas por la DIGEMID se realizaban después del otorgamiento del registro sanitario y solo abarcaban una muestra aleatoria del 10% de medicamentos registrados. Así, los mayores problemas encontrados fueron en productos genéricos importados.

Producto	Conforme	Crítico	Rotulado	Deficiente
Genérico	66	19	15	9
Especialidades (marcas)	188	25	41	13
Material Médico	57	1	5	12
Cosméticos	88	1	24	12

**Tabla 7. Resultados de la evaluación de productos farmacéuticos y afines importados en el año 2000**

Elaboración: DIGEMID

Tomado de: Seinfeld, Janice- La Serna, Karlos <sup>(9)</sup>

No es extraño entonces que el desempeño de un medicamento no sea el esperado, sobretudo si este era genérico, y aunque esta no era la única razón era una por las cuales el médico dudaba en recetar un genérico pues dudaba genuinamente de los efectos terapéuticos de este. Actualmente la normativa se ha ajustado para evitar estos problemas de seguridad y eficiencia en el medicamento pero la comunicación de este hecho no ha sido efectiva, y aunque los médicos estén al tanto, esa confianza no estaría siendo correctamente transmitida al paciente, que, como consecuencia de la asimetría de la información es el menos informado de las cualidades del medicamento. Y ya que una importante parte de la población no esta asegurada, obtienen sus medicamentos en el sector privado que no esta interesado en promover el consumo del medicamento genérico.

La falta de comunicación al paciente de las ventajas de consumir un medicamento genérico en estos momentos es una de las razones de este estudio, pues aunque se este realizando un correcto trabajo en el control por parte de las autoridades, si todo este esfuerzo no es comunicado oportunamente, no se verá reflejado en cifras en cuanto a participación de mercado, consecuencia de la mala gestión por parte de las autoridades sanitarias en el pasado.

No es desconocido el hecho de que es más fácil crear una nueva percepción en base a un producto nuevo que cambiar la percepción que se tiene de un

producto antiguo, sobretodo si esta percepción es negativa. Por lo tanto, de determinarse que los usuarios del sector en estudio no confían en los medicamentos genéricos, las entidades encargadas del tema de salud tendrán que enfrentarse a un importante reto para mejorar la accesibilidad de la población a los medicamentos mediante la promoción del medicamento genérico.

A todo lo anterior se le suma el hecho del mercado ilegal de productos falsificados. Suponiendo que las autoridades logren controlar eficientemente la calidad de los productos farmacéuticos inscritos a los cuales se autorizó su comercialización, y además logren mediante una fuerte campaña de comunicación, que la población conozca las ventajas de consumir un medicamento genérico; todo este avance podría verse frustrado si el paciente todavía corre el riesgo de que el medicamento que se le expendía sea falsificado. El mercado ilegal de medicamentos también afectó la imagen del medicamento genérico, y podría seguir afectando si no se coordinan al mismo tiempo medidas para su erradicación. Este mercado ilegal afecta sobretodo a los sectores de menores ingresos ya que se ven seducidos por el probable menor precio de un medicamento falsificado ante un medicamento original, las personas al desconocer los riesgos que pueden correr al adquirir un producto en ciertos establecimientos pueden ser sujetos del engaño.

#### **2.4.7 Prescripción médica**

La promoción de medicamentos que hacen los laboratorios a través de los representantes médicos y la organización de eventos tienen el fin de elevar las ventas a través de la prescripción médica, ya que esta es una venta asegurada. El manual de Buenas Prácticas de Prescripción (BPP) señala que la prescripción del medicamento debe consignar de manera obligatoria el nombre DCI <sup>(37, 22)</sup>; sin embargo, nada impide al médico recomendar además alguna marca en especial de ser pertinente también contemplado en las BPP. Como se mencionó puede que el hecho de recomendar una marca se deba a una preocupación fundamentada sobre la diferencia costo-beneficio que pueda

haber entre un fármaco genérico y otro de marca conocido por la práctica médica; aunque también puede deberse a los beneficios que se obtendrían debido a la promoción médica.

## **2.5 NIVEL SOCIO ECONÓMICO (NSE)**

Según el estrato al que pertenece una persona o familia, se definen una serie de comportamientos o se establecen un grupo de tendencias sobre posibles conductas.

Hay consenso en que esta influencia se ejerce a nivel de patrones de consumo de productos, uso de servicios, respuestas ante estímulos de comercialización, etc.

Después de un proceso de análisis conceptual y estadístico, se depuró y seleccionó en base a criterios de relevancia y dispersión el siguiente conjunto de variables <sup>(38)</sup>:

1. Instrucción del Jefe de Familia. Variable orientada a representar condiciones del ámbito social actual y de una situación económica precedente.
2. Ocupación Actual del Jefe de Familia. Esta característica corresponde directamente a la condición económica y social de la familia.
3. Comodidades del hogar. Bienes o servicios propiedad de la familia, que suponen un patrimonio, un estándar de vida y muestra de status económico.
4. Características de la vivienda. Conjunto de materiales con que la vivienda ha sido construida, reflejo de la situación social y económica.

5. Acceso a salud en caso de hospitalización. Variable representativa de la situación económica actual de la familia y, en forma complementaria, muestra de la actitud social en la misma.

Aplicando estos criterios, la población se ha estratificado en 5 niveles socioeconómicos: A, B, C, D y E.

### **Perfil de nivel socioeconómico E: Marginal**

Se concentra mayoritariamente en la Zona 3, compuesta por San Juan de Lurigancho, en la Zona 9 integrada por Villa El Salvador; Villa María del Triunfo, Lurín y Pachacamac y en la zona 1 (Ventanilla, Puente Piedra, Comas y Carabaylo). En promedio, en cada vivienda habita un solo hogar y conviven 5 personas.

Los hogares de este segmento se constituyen a más temprana edad. El jefe de hogar tiene un promedio de 43 años y hay un 43,3% que está por debajo de los 40 años. La edad promedio del ama de casa es de 39 años. Si bien el Jefe de familia es mayoritariamente de sexo masculino (72,5%), es el nivel que presenta la mayor incidencia de jefes de sexo femenino (27,5%). El nivel de instrucción del Jefe de familia es bastante limitado, únicamente, el 25,9% completó la secundaria. El grado de instrucción del ama de casa es bastante básico, la gran mayoría se encuentra entre Primaria Completa (24,6%) o Secundaria Incompleta (24,6%). Tan sólo el 27% de los Jefes de Familia entrevistados son naturales de Lima, apreciándose un mayor origen provinciano en estos hogares. El idioma hablado por el jefe de familia y el ama de casa, además del castellano, es el quechua.

Sus ingresos se basan en actividades independientes, principalmente informales, y con oficios denominados no calificados o de servicio. Esta condición hace que haya un 27,9% que gane menos de S/.420 mensuales. Un 54,8% percibe un ingreso entre S/.420 y S/. 840. Del ingreso familiar se destina en promedio S/.313 a gastos de alimentación y limpieza y S/. 115 a

educación. Aunque un 42,6% destina menos de 90 soles a educación. Un 65% cuenta con vivienda propia; la misma que fue mayoritariamente adquirida por Invasión. Las viviendas son pequeñas (1 o 2 habitaciones) y cerca de la mitad no cuenta con baño dentro de la vivienda. Si bien un 42% llega a tener paredes de ladrillo sin revestir, los techos son de calamina (39,2%) o estera (23,6%) y los pisos de tierra (54%). Cerca de la mitad (48,8%) no cuenta con Desagüe y un 10% no tiene luz eléctrica en toda la vivienda. Los bienes más característicos de este nivel son la radio simple (77,5%), televisor b/n (63,9%) y la cocina a kerosene (61,6%). La atención en salud se circunscribe a la infraestructura del estado. La mayoría acude a postas médicas para consultas ambulatorias (81,2%) y se hospitaliza en hospitales del Ministerio de Salud (97,6%). En general este segmento no tiene acceso al sistema financiero. Sólo algunos tienen cierto nivel de endeudamiento (7,6%) que se centra principalmente en aportes al Banco de Materiales y Mi banco. La compra de alimentos se da mayoritariamente en mercados cerca de la vivienda (90,9%). Y para la compra de ropa, compiten muy de cerca Gamarra (49,8%) y el mercado cerca de su hogar (42%).

### **Perfil de nivel socioeconómico D: Bajo inferior**

Se concentra mayoritariamente en la Zona 1, compuesta por Comas, Ventanilla, Puente Piedra y Carabayllo y en la Zona 2, integrada por San Martín de Porres, Independencia y Los Olivos.

La edad promedio del jefe de familia es de 48 años, un 33% está por debajo de los 40 años. El 76% son hombres y sólo el 38% nació en Lima; casi dos de cada tres nacieron en el interior. El nivel educativo del Jefe de familia es bastante mejor que en el nivel Marginal. Cerca del 60% de esta población ha culminado estudios secundarios. Por su parte, el ama de casa es mayoritariamente de sexo femenino, también cuenta con Secundaria completa (39,1%). Poco más de un tercio es natural de Lima (35,4%).



Aunque mayoritariamente son independientes (59,7%), cerca del 40% son empleados dependientes. Los oficios a los que se dedican serían considerados como de personal calificado (59,4%). El ingreso familiar promedio mensual oscila entre 420 y 840 Nuevos y un 29 % percibe entre S/.840 a S/.1, 200. Un 47,7% destina para la alimentación y limpieza entre 201 a 400 soles y un 33,4 % entre 401 y 600 soles. Para educación destinan un promedio de S/.192. Se aprecia que el 58% posee vivienda propia, la misma que fue adquirida mediante compra o invasión. Las viviendas cuentan entre 3 y 4 habitaciones mayoritariamente y casi todas tienen un baño en el interior. La construcción base es de material noble y el 56,1% alcanza a tenerlo revestido. Sin embargo, aún más de un tercio de los hogares tiene techos provisionales. En los pisos el cemento es lo predominante. Los servicios públicos están disponibles para la mayoría. Casi todos (97,75) cuentan con luz eléctrica en toda la vivienda y el 83,7% tiene desagüe. Si bien es cierto que este segmento cuenta con algunas comodidades estas aún son reducidas. Si bien un 70% tiene televisor a color con control remoto, un 59,6% cocina a gas con horno, un 49,3% refrigeradora con des-congelamiento manual y un 20,6% con descongelamiento automático; la penetración del teléfono fijo aún es baja, sólo un tercio de este segmento cuenta con este bien –teléfono fijo normal 15,3% y teléfono popular 19%, al igual que la lavadora (5,2%). Además, el escaso porcentaje que posee auto (6,8%) lo utilizan como una fuente de ingreso. Este grupo no tiene acceso a servicios de salud privados, pero la proporción de empleados dependientes permite que cerca de la cuarta parte de los entrevistados puedan atenderse en el seguro social. El resto lo hace en los servicios del estado (postas médicas y hospitales del Ministerio de Salud). La tenencia de productos del sistema financiero es muy baja, apenas el 3% de los entrevistados poseen tarjetas de crédito y un 5% maneja una cuenta de ahorros. El 17% mantiene deudas con el sistema financiero, especialmente con el Banco de Materiales y Mi Banco.

La compra de alimentos se da mayoritariamente en mercados cerca al hogar del entrevistado (91,2%). Gamarra es el lugar favorito para la compra de ropa (61,1%), lo restante se comparte mayoritariamente entre el mercado cerca de su hogar y el mercado central.

## **Perfil de nivel socioeconómico C: Bajo**

Este nivel se concentra mayoritariamente en la Zona 2 (Independencia, Los Olivos, San Martín de Porras); Zona 4 (Cercado, La Victoria, Rímac y Breña); Zona 1 (especialmente Comas); Zona 5 (Ate, San Luis, Santa Anita); Zona 8 (Surquillo, Barranco, Chorrillos) y Zona 10 (Callao, Bellavista, La Perla).

En promedio, en cada vivienda habita un solo hogar y conviven 5 personas. Sin embargo, es en este nivel junto con el Bajo Inferior en los que se encuentra una mayor incidencia de viviendas con más de un hogar: Bajo (18,2%) y Bajo Inferior (17,5%). Los jefes de hogar tienen 50 años como promedio y el porcentaje de menores de 40 años asciende a 29%. El 79,0% son hombres y cerca de la mitad ha nacido en Lima. Como se observa, el promedio de edad y la incidencia de varones como jefes de familia va subiendo conforme se eleva el nivel socioeconómico, mientras que, la inmigración directa disminuye. Si bien cerca de la mitad de jefes de familia han nacido en Lima, más del 75% de sus padres han nacido en provincia. La mejor calidad de vida se aprecia en el nivel educativo. Solo el 12% no terminó estudios secundarios. Cerca del 30% tiene educación técnica o universitaria incompleta y más de un tercio terminó una carrera universitaria.

Si bien una tercera parte desarrolla actividades independientes, la mayoría es dependiente o empleado y la proporción que trabaja en el sector privado y público es similar, los niveles jerárquicos a los que pertenecen, no son destacados: cerca del 50% se define como “personal calificado” y más del 40% como “personal de oficina o administrativo”. Por ello, el rango predominante de ingresos se sitúa entre los 800 y los 1680 soles. Aunque la penetración de artefactos es considerable, pues además de tener el “set básico” (televisor a color, refrigeradora y cocina a gas con horno) y haber proporciones importantes de familias que cuentan con equipo de sonido, teléfono fijo normal / popular, videgrabadora y lavadora, su nivel de comodidades, aún dista del standart medio. Apenas el 6% cuenta con servicio doméstico; del 18 % que posee automóvil, 4 de cada 10 lo usan para generar ingresos; solo el 26%

tiene cable; un 12% computadora y el internet en casa prácticamente es inexistente. Estos entrevistados habitan viviendas relativamente más acondicionadas aunque poco cómodas. Cuentan en promedio con 4 o 5 ambientes, existe baño dentro de las instalaciones y en algo más de la tercera parte se declara más de uno. La totalidad de las casas son de material noble. Más del 80% tiene sus paredes y techos con cemento revestido. El acceso a los servicios públicos es pleno. En cuanto a los servicios de salud, cerca de las tres cuartas partes de este segmento cuenta con algún tipo de seguro, de ellos el 96% corresponde a ESSALUD. Este nivel de protección marca una diferencia sustancial con respecto al nivel Bajo Inferior quienes sólo están asegurados en un 29%. Este es el segmento donde realmente se inicia la relación con el sistema financiero, aunque aún de manera moderada.

La compra de alimentos es mixta. Si bien más de un 80% señala comprar sus alimentos en el mercado cerca al hogar, no excluye que también compre en supermercados.

### **Perfil de nivel socioeconómico B: Medio**

El NSE Medio constituye el 14,6% de la población limeña y se concentra mayoritariamente en las Zonas 6 (San Miguel, Pueblo Libre, Jesús María, Lince, Magdalena) y Zona 7 (Santiago de Surco, San Borja, la Molina, Miraflores y San Isidro).

El Jefe de familia tiene 50 años en promedio; los menores de 40 años sólo alcanzan al 24%. Es mayoritariamente de sexo masculino (79,4%) y más del 60% nació en Lima. El 72,8% de los jefes de familia ha culminado estudios universitarios, a lo que se suma un 8% que tiene estudios de post grado. El ama de casa también cuenta con instrucción superior: el 55% culminó la universidad. La mayoría de los jefes de familia son empleados o se definen como dependientes (56%) y se desempeñan básicamente en el sector privado (64%). El tercio que son independientes, realizan labores formales (tienen RUC) y se complementa con un 8% de empleadores de empresas pequeñas.

La definición de su actividad es de “personal de oficina o administrativos” en primer lugar (53%) y de “mandos medios / profesionales liberales” en segundo lugar (35%) Los niveles de ingreso declarados son marcadamente superiores a los de los estratos precedentes. Un 44% gana entre 2,000 y 4,000 soles y un 20% supera los 4,000 soles. Este segmento demuestra contar con una serie de comodidades que facilitan su vida aunque ello no implica lujo. Cerca de la mitad (48%) cuenta con servicio domestico y con automóvil. La tenencia de artefactos es muy amplia. Todos cuentan con TV a color, equipo de sonido, refrigeradoras y cocina a gas con horno. La gran mayoría, por encima del 70%, posee teléfono fijo con línea abierta, videograbadora, servicio de cable, lavadora, microondas, lustradora, etc. Y, una proporción significativa han completado su equipamiento con bienes como computadora (54%), aspiradora (55%) y un 16% cuenta con servicio de internet en el hogar. Habitan viviendas confortables, con espacio suficiente, buenos acabados aunque sin llegar a ser lujosos. El número de habitaciones por vivienda fluctúa entre 5 a 6 ambientes y mayormente cuentan con 2 baños dentro de la casa. Mayoritariamente las viviendas tienen pisos de parquet (59%). Los integrantes de esta familia resuelven sus problemas de salud de manera compartida entre los servicios del seguro social y las consultas privadas ya sea en consultorios o clínicas. Si bien el 85% tiene algún tipo de seguro de salud, el acceso a seguros particulares aún es bajo: 18% seguro particular y 17% seguro médico de clínica específica. Se identifica una adecuada integración al sistema financiero en la medida que la mayoría cuenta con tarjeta de crédito y/o cuenta de ahorros: tarjeta de crédito bancaria (42%), tarjeta de casa comercial (52%), cuenta de ahorro (55%). La compra de alimentos se da mayoritariamente en autoservicios. Y, para la compra de ropa se prefiere ampliamente las tiendas por departamento.

### **Perfil de nivel socioeconómico A: Alto**

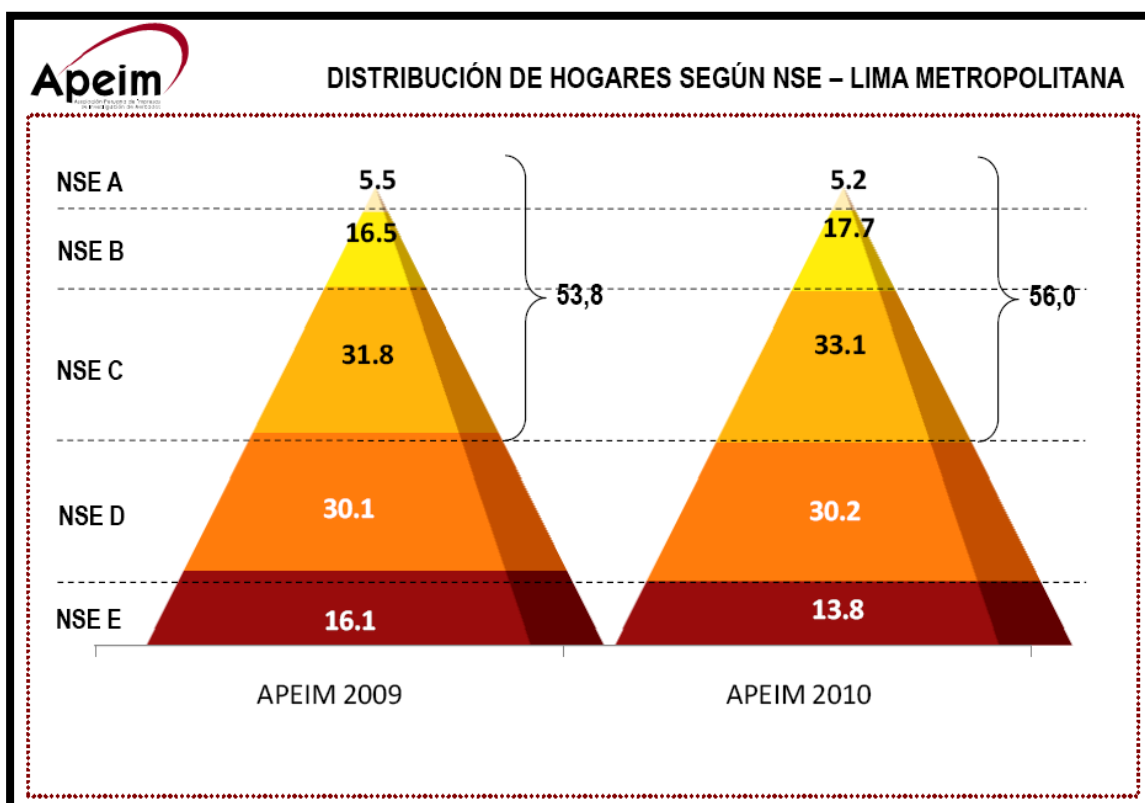
El NSE Medio Alto / Alto constituye el 3,4% de la población limeña y se concentra mayoritariamente en la Zona 7, compuesta por San Isidro,

Miraflores, Santiago de Surco, San Borja y La Molina. En promedio, en cada vivienda habita un solo hogar y conviven 4 personas.

El Jefe de familia es el de mayor edad que todos los estratos, su promedio es de 51 años y sólo el 21% tiene menos de 40 años. Mayoritariamente tanto ellos como sus padres han nacido en Lima y un 9% tiene padres nacidos en el extranjero. Todos cuentan con educación universitaria completa y, de ellos, más de la tercera parte han seguido postgrado o maestría (35%). El nivel educativo del ama de casa también es muy alto: 85% ha culminado la universidad, de ellos el 8% también tiene estudios de post grado.

Las actividades que desarrollan los jefes de familia son de diversa índole. Cerca del 20% son empresarios, 32% declaran ser dependientes y la mayoría se define como independiente. Quienes son dependientes se desempeñan principalmente en el sector privado fundamentalmente como “mandos medios / profesionales” (66%) y “altos cargos” (24%). La tenencia de RUC es generalizada: 84%. El ingreso mensual promedio declarado se ubica por encima de los 6,000 soles; ubicándose la moda entre los 7,000 y 14,000 soles (55%). Además un 7% gana por encima de los 14,000 soles. Estos ingresos le permiten un elevado grado de comodidad. Prácticamente todos cuentan con servicio doméstico y con automóvil. Un 84% ha declarado que su automóvil es nuevo y más de las dos terceras partes de los hogares tienen dos o más autos. La penetración de electrodomésticos y servicios es general. El 76% cuenta con internet superando en un 60% al nivel medio. Las viviendas no sólo son cómodas sino espaciosas y lujosas. Tanto el material de las paredes como el de los pisos y los techos es de primera calidad. Mayoritariamente han declarado tener más de 7 habitaciones y más de 2 baños. Más de la mitad (56,6%) tiene garaje doble y un 16,4% cuenta con piscina. Más de las tres cuartas partes de este segmento cuenta con jardín exterior e interior, mientras que en el nivel medio la tenencia de jardines sólo bordea el 50%. En cuanto al tratamiento de la salud, la mayoría cuenta con un seguro médico privado y se atiende en clínicas particulares, tanto para atenciones ambulatorias como hospitalizaciones. La relación con el sistema financiero es plena. El nivel de tarjetas tanto bancarias como de casas comerciales alcanza el 90%. Así

mismo, dispone mayoritariamente de todo el servicio proporcionado por el sistema financiero incluido los seguros de vida. La compra de alimentos se da mayoritariamente en supermercados, siendo Wong el establecimiento preferido por este segmento. Para compra de ropa si bien la incidencia recae en las tiendas por departamento (Saga, Ripley). También hay un 41% que, a la par, compra en “otros lugares” (tiendas exclusivas). Otra característica tipificadora es la pertenencia a clubes privados (59%) y a agrupaciones profesionales (71%).



**Figura 9. Distribución de hogares según NSE – lima metropolitana**

Fuente: APEIM Niveles Socioeconómicos de Lima Metropolitana Enero 2010 <sup>(39)</sup>

Como indica la figura de arriba en el año 2010 la Asociación Peruana de Investigación de mercado (APEIM) indico que 33,1% de los hogares en Lima metropolitana pertenece a NSE C, 30,2% al NSE D y 13,8% al NSE E que son los sectores objeto de estudio en la presente investigación.

Otra fuente Ipsos-Apoyo <sup>(40)</sup> declara que en el Perú urbano hay 3.7 millones de hogares. El 18.5% pertenece al NSE A/B, el 32.5% pertenece al NSE C y el 30% pertenece al NSE D. El 68% de los jefes de hogar son hombres y tienen 46 años en promedio. El NSE A tiene un ingreso familiar promedio de S/. 9,500, el NSE B de S/. 2,400, el NSE C S/. 1,300; el NSE D de S/. 850 y el NSE E de S/. 600. Los hogares destinan 41% a la alimentación, 10% al transporte, 10% a los servicios básicos (luz, agua, teléfono fijo y celular) y 9% a la educación. En Lima cuatro de cada cinco hogares de NSE A y B reciben su ingreso principal quincenal o mensualmente; mientras que dos de cada tres hogares de NSE D y E lo reciben diaria o semanalmente. El ingreso promedio

mensual de un hogar en Lima es de US\$723, es decir S/.2, 062. En el presupuesto familiar el gasto en alimentación representa un tercio, otro tercio son los demás gastos corrientes (transporte, servicios, educación y otros gastos frecuentes) y el último tercio se destina a otros rubros, gastos eventuales como entretenimiento, ropa y calzado, etc.



### III. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

#### 3.1 METODO

Estudio descriptivo de corte transversal realizado en los sectores C, D y E en tres zonas de Lima.

##### Universo

Se partió seleccionando 3 zonas de las 10 zonas en las que se fraccionó a Lima metropolitana en el estudio del 2010 de la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercado (APEIM) <sup>(39)</sup>. Estas tres zonas representaron el 32,3% del NSE C, el 42,4% del NSE D y el 53,3% del NSE E. Se halló el número de individuos proyectado al año 2010 mayores de 18 años en los 10 distritos contenidos en las tres zonas por medio de los Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda proveniente del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (Anexo 4)

##### Muestra

Se aplicó un muestreo probabilístico proporcional estratificado

**Criterios de inclusión:** Usuarios de servicios de salud estatales y establecimientos privados mayores de 18 años habitantes de la zona.

**Criterios de exclusión:** Usuarios que no acepten participar voluntariamente.

La muestra abarca 426 individuos distribuidos proporcionalmente al tamaño de la población de cada distrito. (Anexo 7)

### **3.2 Selección de las zonas con mayor población C, D y E**

Realizado a partir de los datos proporcionados por el APEIM <sup>(39)</sup>, donde se determinaron tres zonas que abarcaron 10 distritos de Lima metropolitana. (Anexo 4)

### **3.3 Determinación de la muestra.**

Se halló el número de individuos proyectado al año 2010 mayores de 18 años en los 10 distritos contenidos en las tres zonas por medio de los Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda proveniente INEI. (Anexo 4)  
La muestra abarca 426 individuos distribuidos proporcionalmente al tamaño de la población de cada distrito. (Anexo 7)

### **3.4 Ubicación de los centros de salud y conglomerado de farmacias**

Se ubicaron los hospitales y conglomerados de farmacias en los diez distritos que conformaban las tres zonas asegurando su ubicación en manzanas correspondientes a los sectores que abarca el estudio, en los planos estratificados del INEI.

### **3.5 Elaboración del cuestionario**

Se elaboró un cuestionario (Anexo 8) con 9 preguntas cerradas, 1 cerrada y 1 abierta y 1 abierta, haciendo un total de 11 preguntas que cubrían los factores que limitarían el consumo del medicamento genérico determinados por medio de fuentes secundarias <sup>(41)</sup> y opiniones de expertos en Salud Pública, Marketing farmacéutico y Estadística. A las respuestas de las preguntas cerradas (2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9) se le asignaron valores dentro de una la escala de Likert de 5 posiciones (Anexo 9).

### **3.6 Validación del cuestionario**

Se aplicó a veinte individuos al azar en el mes de noviembre del 2010, asegurando la confiabilidad del instrumento mediante el coeficiente de confiabilidad alpha de Cronbach. (Anexo 9)

### **3.7 Aplicación de la encuesta.**

-Se realizó la encuesta asistida a los usuarios de servicios de salud estatales y establecimientos privados en los meses de diciembre del 2010, enero y febrero del 2011 en los distritos que conforman las tres zonas en estudio al momento que salían de dichos establecimientos.

-En hospitales, la encuesta se realizó a la salida, de los servicios de Atención ambulatoria, luego de abandonar el establecimiento. Los participantes más colaboradores se captaron a la salida de su atención médica y de los servicios de farmacia. En el caso de farmacias y boticas, el potencial encuestado es abordado luego de observar su salida del establecimiento. Identificándose los días lunes como el más concurrido por los pacientes.

Se solicita, cortésmente al potencial encuestado, un tiempo para conocer su opinión acerca de los medicamentos genéricos, iniciándose la encuesta luego de su aceptación. Esta se realizó todos los días de la semana, obteniéndose un promedio de 10 a 15 encuestas por día. La encuesta tomaba en promedio 8 minutos en ser culminada.

#### **Limitaciones:**

- No se pueden realizar encuestas dentro de las instalaciones de ESSALUD si no se cuenta con un permiso emitido por el jefe de la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia. Es por ello que se optó por realizar la encuesta a la salida de los establecimientos de salud.
- Realizar encuestas a la salida del servicio de emergencia de los hospitales presenta dificultad, pues los pacientes se encuentran en

estado delicado y no tienen deseos de participar en actividades que los retrasen.

- En el caso de los establecimientos privados como farmacias y boticas, es recomendable no realizar la encuesta cerca de la salida de estos lugares, puesto que puede generar suspicacias en el personal del establecimiento.

### **3.8 Análisis estadístico de los datos obtenidos.**

Se ingresó los datos en el software Microsoft Excel y el análisis estadístico mediante el programa SPSS v.15, para la determinación de los intervalos de las medias de las respuestas se utilizó la escala de Estanones (anexo 9).

### **3.9 Análisis e interpretación**

De los datos obtenidos se extrae la información resaltando los hallazgos importantes y su relación con el problema abarcado.

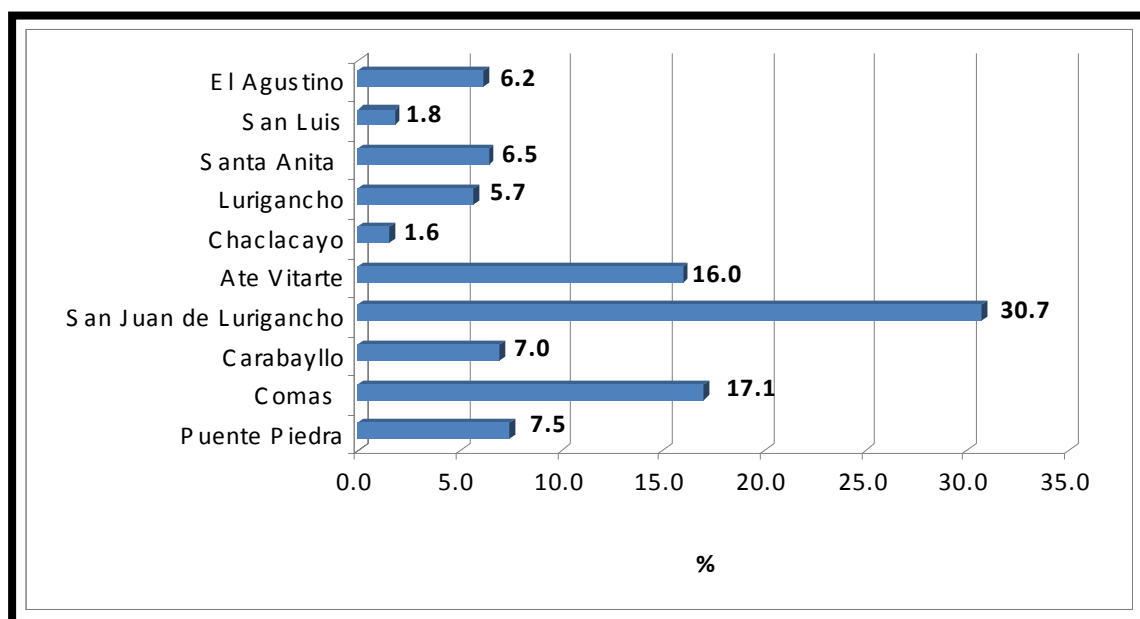
#### IV. RESULTADOS

Del total se obtuvo que 39 individuos (9% de la muestra) se rehusaron a participar de la encuesta por no contar con tiempo disponible. Se realizó efectivamente la encuesta a 387 individuos (91% de la muestra).

**Tabla 8. Lugar de residencia de los usuarios de medicamentos según distritos (m = 387)**

	<b>n</b>	<b>%</b>
Puente Piedra	29	7.49
Comas	66	17.05
Carabayllo	27	6.98
San Juan de		
Lurigancho	119	30.75
Ate Vitarte	62	16.02
Chaclacayo	6	1.55
Lurigancho	22	5.68
Santa Anita	25	6.46
San Luis	7	1.81
El Agustino	24	6.20
<b>TOTAL</b>	<b>387</b>	<b>100.00</b>

Lima-Perú 2010



**Figura 10. Lugar de residencia de los usuarios de medicamentos según distritos (m = 387)**

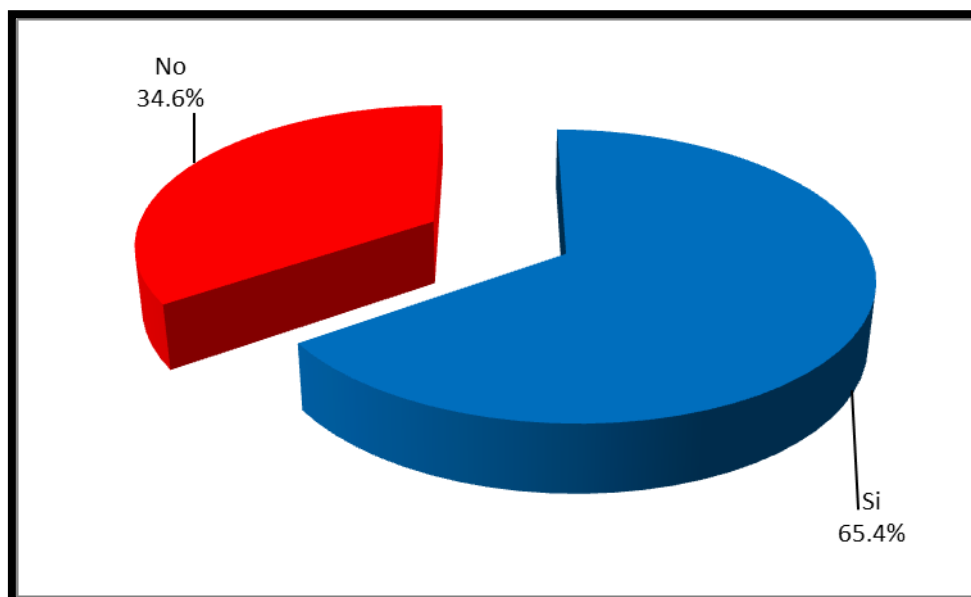
**Lima-Perú 2010**

Se aprecia que 30,7% individuos del total de encuestados se encuentran en San Juan de Lurigancho, seguido por el distrito de Comas con 17% individuos y el tercero más frecuente es el distrito de Ate Vitarte con 16% individuos del total de encuestados. El distrito con menos frecuencia de encuestados es San Luis con un porcentaje de 1,8% del total

**Tabla 9. Conocimiento sobre medicamento genérico por los usuarios**

	Si		No		Sub Total	
	n	%	n	%	n	%
Puente Piedra	19	65.52	10	34.48	29	100.00
Comas	44	66.67	22	33.33	66	100.00
Carabaylo	18	66.67	9	33.33	27	100.00
San Juan de Lurigancho	89	74.79	30	25.21	119	100.00
Ate Vitarte	27	43.55	35	56.45	62	100.00
Chaclacayo	4	66.67	2	33.33	6	100.00
Lurigancho	14	63.64	8	36.36	22	100.00
Santa Anita	17	68.00	8	32.00	25	100.00
San Luis	5	71.43	2	28.57	7	100.00
El Agustino	16	66.67	8	33.33	24	100.00
<b>TOTAL</b>	<b>253</b>	<b>65.37</b>	<b>134</b>	<b>34.63</b>	<b>387</b>	<b>100.00</b>

Lima-Perú 2010



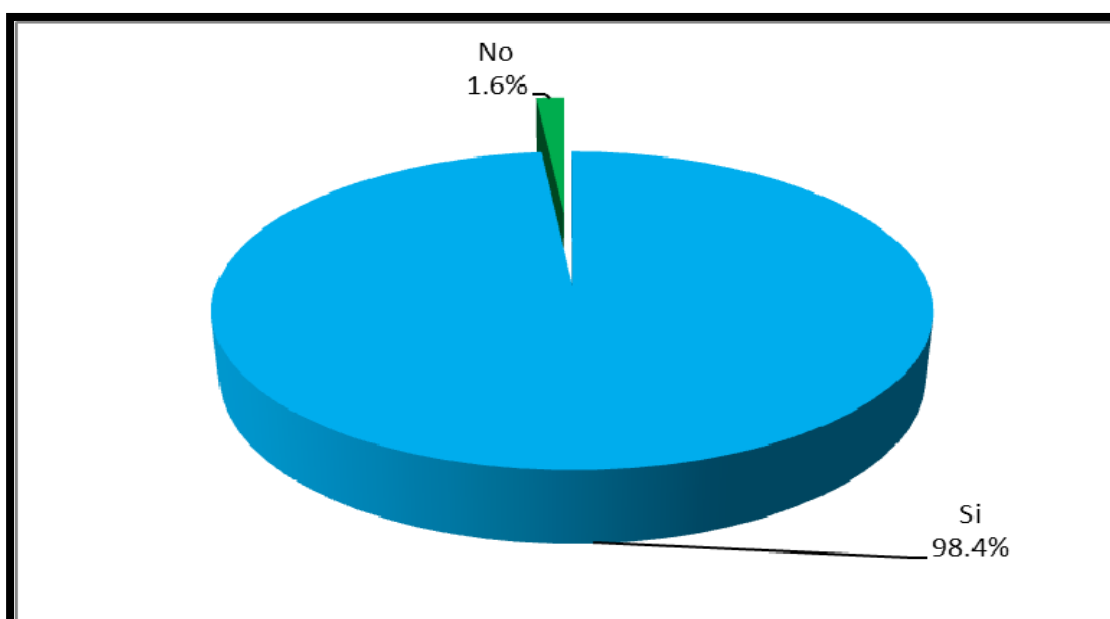
**Figura 11. Conocimiento sobre medicamento genérico por los usuarios**

Se ha encontrado que todavía persiste un importante grado de desconocimiento en la población de las zonas donde se realizaron las mediciones, un 34,6% desconoce lo que es un medicamento genérico, el distrito que presento el mayor porcentaje fue Ate Vitarte con un 56,45%.

**Tabla 10. Consumo de medicamentos genéricos**

	Si		No		Sub Total	
	n	%	n	%	n	%
Puente Piedra	19	100.00	0	0.00	19	100.00
Comas	44	100.00	0	0.00	44	100.00
Carabaylo	18	100.00	0	0.00	18	100.00
San Juan de Lurigancho	85	95.51	4	4.49	89	100.00
Ate Vitarte	27	100.00	0	0.00	27	100.00
Chaclacayo	4	100.00	0	0.00	4	100.00
Lurigancho	14	100.00	0	0.00	14	100.00
Santa Anita	17	100.00	0	0.00	17	100.00
San Luis	5	100.00	0	0.00	5	100.00
El Agustino	16	100.00	0	0.00	16	100.00
<b>TOTAL</b>	<b>249</b>	<b>98.42</b>	<b>4</b>	<b>1.58</b>	<b>253</b>	<b>100.00</b>

Lima-Perú 2010



**Figura 12. Consumo de medicamentos genéricos**

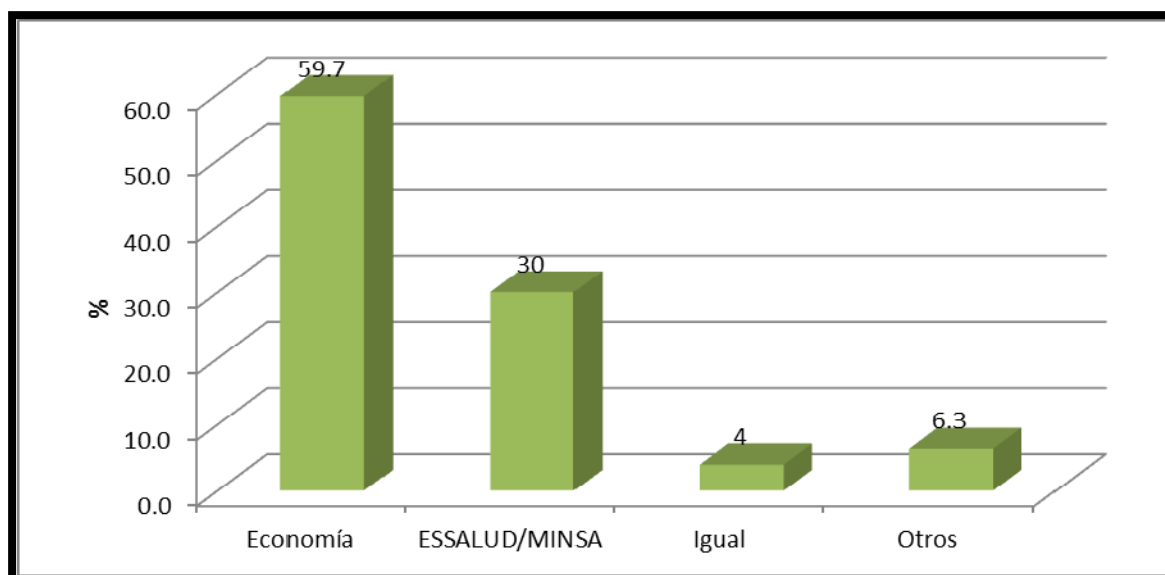
Se obtuvo que un 98,4% de la población que conoce que es un medicamento genérico, sí los consumen, esto es un excelente indicativo de la presencia de este producto en el mercado farmacéutico de este sector de la población.



**Tabla 11. Razón del consumo de medicamentos genéricos**

	ECONOMIA		ESSALUD/MINSA		IGUAL		OTROS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Puente Piedra	12	63.16	6	31.58	1	5.26	0	0.00	19	100.00
Comas	22	50.00	8	18.18	7	15.91	7	15.91	44	100.00
Carabayllo	11	61.11	6	33.33	1	5.56	0	0.00	18	100.00
San Juan de Lurigancho	40	44.94	40	44.94	0	0.00	9	10.11	89	100.00
Ate Vitarte	18	66.67	9	33.33	0	0.00	0	0.00	27	100.00
Chaclacayo	3	75.00	1	25.00	0	0.00	0	0.00	4	100.00
Lurigancho	9	64.29	4	28.57	1	7.14	0	0.00	14	100.00
Santa Anita	17	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	17	100.00
San Luis	3	60.00	2	40.00	0	0.00	0	0.00	5	100.00
El Agustino	16	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	16	100.00
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>59.68</b>	<b>76</b>	<b>30.04</b>	<b>10</b>	<b>3.95</b>	<b>16</b>	<b>6.32</b>	<b>253</b>	<b>100.00</b>

**Lima-Perú 2010**



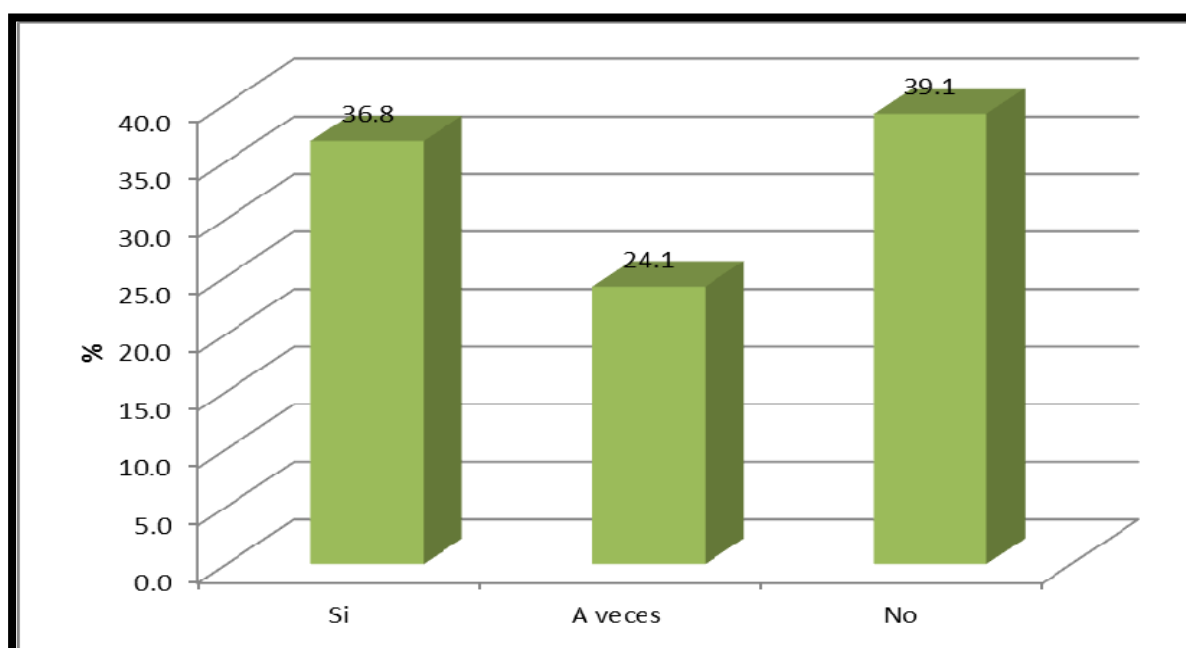
**Figura 13. Razón del consumo de medicamentos genéricos**

Se aprecia que 59,7% del total los consumen porque son más baratos, en segundo lugar esta la distribución gratuita hecha por ESSALUD o el MINSA, solo un 4% declaró que la razón era porque los consideraba iguales a los de marca.

**Tabla 12. Dificultad de encontrar medicamentos genéricos en farmacias y boticas**

	Si		A veces		No		Sub Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Puente Piedra	7	36.84	5	26.32	7	36.84	19	100.00
Comas	14	31.82	16	36.36	14	31.82	44	100.00
Carabayllo	4	22.22	4	22.22	10	55.56	18	100.00
San Juan de Lurigancho	40	44.94	17	19.10	32	35.96	89	100.00
Ate Vitarte	9	33.33	9	33.33	9	33.33	27	100.00
Chaclacayo	2	50.00	1	25.00	1	25.00	4	100.00
Lurigancho	6	42.86	4	28.57	4	28.57	14	100.00
Santa Anita	8	47.06	0	0.00	9	52.94	17	100.00
San Luis	3	60.00	1	20.00	1	20.00	5	100.00
El Agustino	0	0.00	4	25.00	12	75.00	16	100.00
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>36.76</b>	<b>61</b>	<b>24.11</b>	<b>99</b>	<b>39.13</b>	<b>253</b>	<b>100.00</b>

Lima-Perú 2010



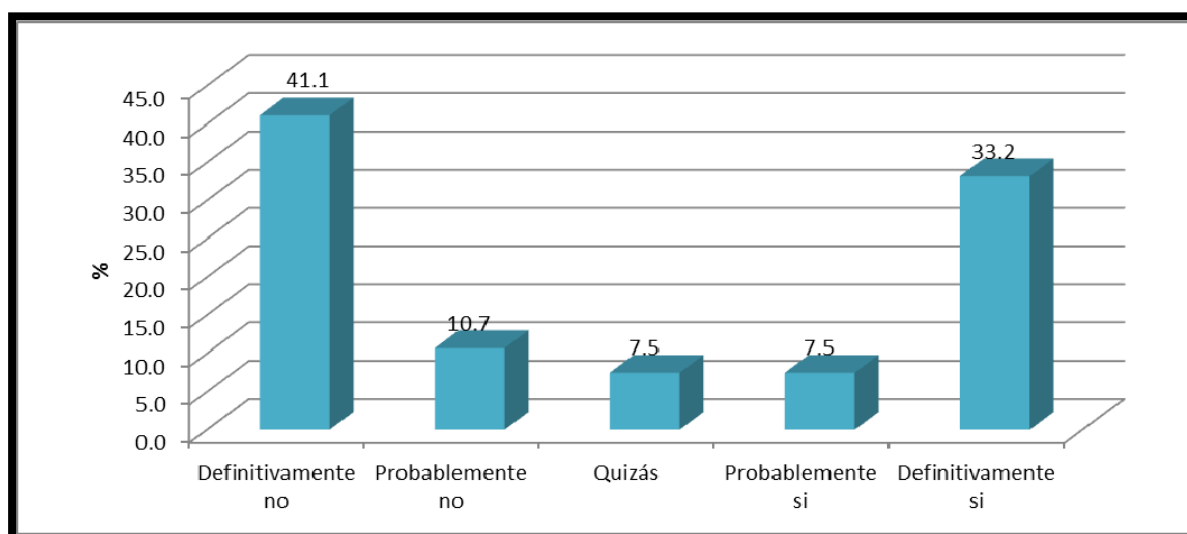
**Figura 14. Dificultad de encontrar medicamentos genéricos en farmacias y boticas**

Se encontró que hay un cierto grado de dificultad para encontrar la versión genérica, un 36,8% respondió que le es difícil, y un 24,1% que le es difícil a veces.

**Tabla 13. Aceptación del cambio de medicamento de marca por medicamento genérico en farmacias**

	Definitivamente no		Probablemente no		Quizás		Probablemente si		Definitivamente si		Sub Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Puente Piedra	7	36.84	3	15.79	2	10.53	2	10.53	5	26.32	19	100.00
Comas	7	15.91	0	0.00	9	20.45	14	31.82	14	31.82	44	100.00
Carabaylo	5	27.78	4	22.22	3	16.67	2	11.11	4	22.22	18	100.00
San Juan de Lurigancho	48	53.93	9	10.11	0	0.00	0	0.00	32	35.96	89	100.00
Ate Vitarte	9	33.33	9	33.33	0	0.00	0	0.00	9	33.33	27	100.00
Chaclacayo	1	25.00	1	25.00	0	0.00	0	0.00	2	50.00	4	100.00
Lurigancho	8	57.14	1	7.14	0	0.00	0	0.00	5	35.71	14	100.00
Santa Anita	8	47.06	0	0.00	1	5.88	0	0.00	8	47.06	17	100.00
San Luis	3	60.00	0	0.00	0	0.00	1	20.00	1	20.00	5	100.00
El Agustino	8	50.00	0	0.00	4	25.00	0	0.00	4	25.00	16	100.00
<b>TOTAL</b>	104	41.11	27	10.67	19	7.51	19	7.51	84	33.20	253	100.00

Lima-Perú 2010



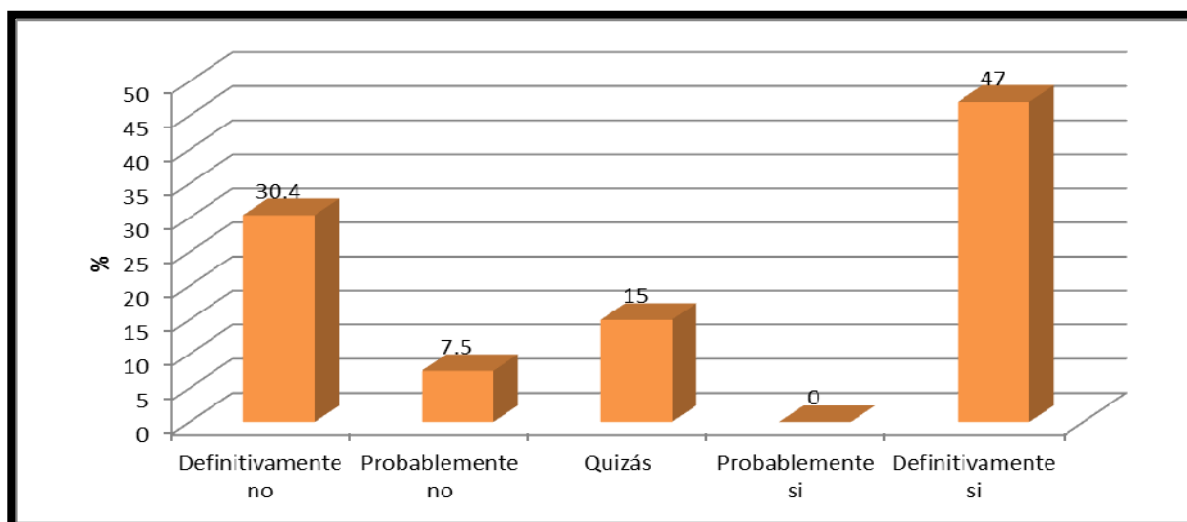
**Figura 15. Aceptación del cambio de medicamento de marca por medicamento genérico en farmacias**

Se aprecia que 41,1% del total de consumidores de medicamentos genéricos definitivamente no aceptaría el cambio si el médico le receta un medicamento de marca y en la farmacia le ofrecen cambiárselo por un genérico; 10,7% probablemente no lo aceptaría, sin embargo un 33,2% si aceptaría el cambio.

**Tabla 14. Preocupación sobre la seguridad y confiabilidad del medicamento genérico**

	Definitivamente no		Probablemente no		Quizás		Probablemente si		Definitivamente si		Sub Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Puente Piedra	6	31.58	1	5.26	3	15.79	0	0.00	9	47.37	19	100.00
Comas	14	31.82	14	31.82	9	20.45	0	0.00	7	15.91	44	100.00
Carabaylo	6	33.33	4	22.22	3	16.67	0	0.00	5	27.78	18	100.00
San Juan de Lurigancho	29	32.58	0	0.00	10	11.24	0	0.00	50	56.18	89	100.00
Ate Vitarte	0	0.00	0	0.00	9	33.33	0	0.00	18	66.67	27	100.00
Chaclacayo	1	25.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	75.00	4	100.00
Lurigancho	4	28.57	0	0.00	2	14.29	0	0.00	8	57.14	14	100.00
Santa Anita	8	47.06	0	0.00	1	5.88	0	0.00	8	47.06	17	100.00
San Luis	1	20.00	0	0.00	1	20.00	0	0.00	3	60.00	5	100.00
El Agustino	8	50.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	8	50.00	16	100.00
<b>TOTAL</b>	<b>77</b>	<b>30.43</b>	<b>19</b>	<b>7.51</b>	<b>38</b>	<b>15.02</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>	<b>119</b>	<b>47.04</b>	<b>253</b>	<b>100.00</b>

**Lima-Perú 2010**



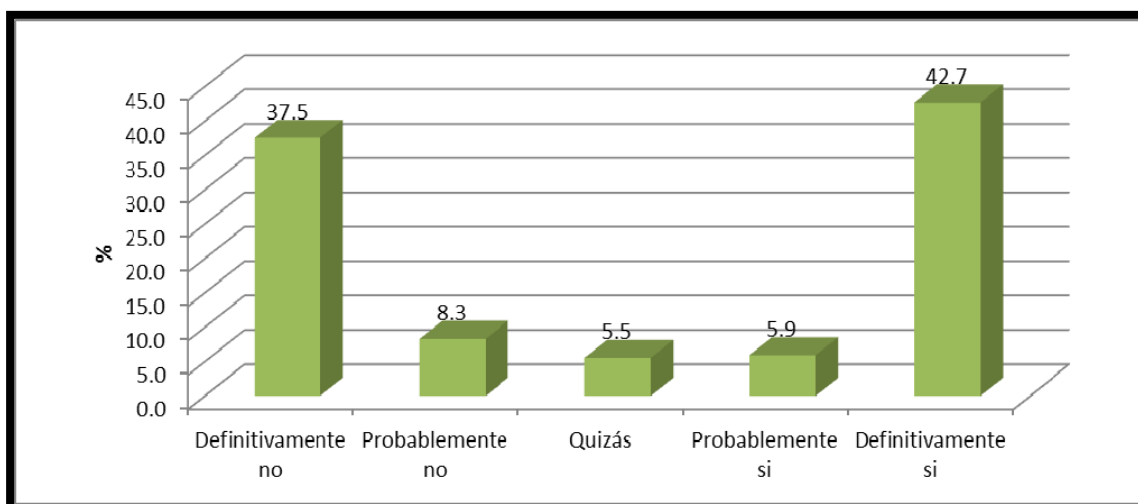
**Figura 16. Preocupación sobre la seguridad y confiabilidad del medicamento genérico**

Se encontraron dudas acerca de la seguridad de los medicamentos genéricos, donde sobre si le preocupaba que el sea seguro y confiable el 47% manifestó que si, por otro lado un 30.4% no le preocupa.

**Tabla 15. Temor de obtener los beneficios que se esperan del medicamento por ser genérico**

	Definitivamente no		Probablemente no		Quizás		Probablemente si		Definitivamente si		Sub Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Puente Piedra	7	36.84	2	10.53	1	5.26	1	5.26	8	42.11	19	100.00
Comas	7	15.91	7	15.91	9	20.45	7	15.91	14	31.82	44	100.00
Carabayllo	7	38.89	1	5.56	1	5.56	1	5.56	8	44.44	18	100.00
San Juan de Lurigancho	48	53.93	0	0.00	1	1.12	5	5.62	35	39.33	89	100.00
Ate Vitarte	9	33.33	9	33.33	0	0.00	0	0.00	9	33.33	27	100.00
Chaclacayo	1	25.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	75.00	4	100.00
Lurigancho	5	35.71	1	7.14	1	7.14	1	7.14	6	42.86	14	100.00
Santa Anita	8	47.06	0	0.00	1	5.88	0	0.00	8	47.06	17	100.00
San Luis	3	60.00	1	20.00	0	0.00	0	0.00	1	20.00	5	100.00
El Agustino	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	16	100.00	16	100.00
<b>TOTAL</b>	95	37.55	21	8.30	14	5.53	15	5.93	108	42.69	253	100.00

**Lima-Perú 2010**



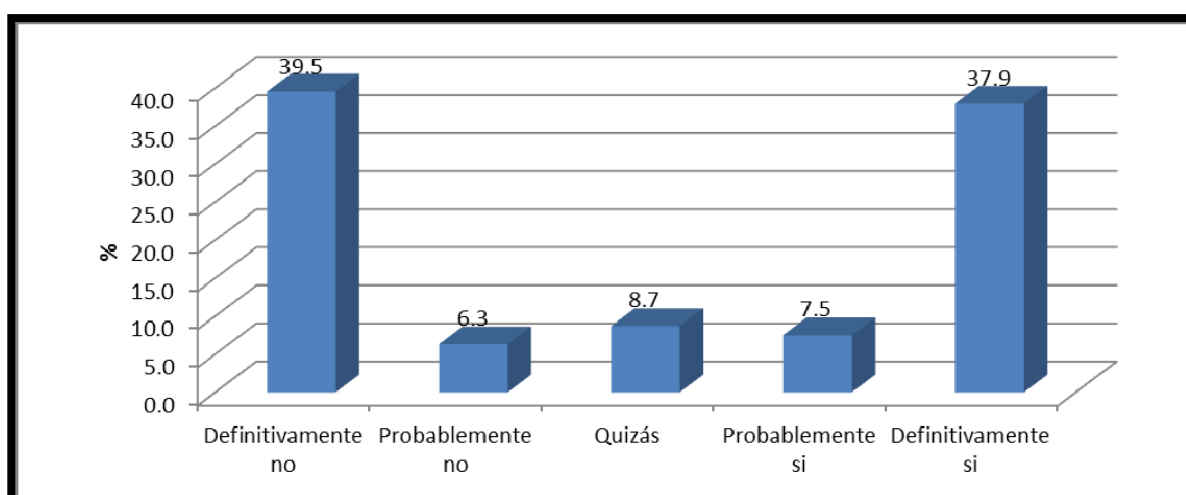
**Figura 17. Temor de obtener los beneficios que se esperan del medicamento por ser genérico**

Acerca de la efectividad, en la figura se aprecia que, el 37,5% del total de encuestados definitivamente no le preocupa que no le proporcione los beneficios que espera; 5,5% del total quizás teme, mientras que 42,7% del total, aseveran que definitivamente teme que no pueda proporcionarle los beneficios esperados.

**Tabla 16. Intranquilidad en la compra de medicamentos genéricos**

	Definitivamente no		Probablemente no		Quizás		Probablemente si		Definitivamente si		Sub Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Puente Piedra	7	36.84	1	5.26	2	10.53	2	10.53	7	36.84	19	100.00
Comas	28	63.64	0	0.00	2	4.55	7	15.91	7	15.91	44	100.00
Carabaylo	7	38.89	1	5.56	2	11.11	1	5.56	7	38.89	18	100.00
San Juan de Lurigancho	40	44.94	0	0.00	0	0.00	0	0.00	49	55.06	89	100.00
Ate Vitarte	0	0.00	9	33.33	9	33.33	0	0.00	9	33.33	27	100.00
Chaclacayo	1	25.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	75.00	4	100.00
Lurigancho	6	42.86	1	7.14	1	7.14	1	7.14	5	35.71	14	100.00
Santa Anita	8	47.06	0	0.00	1	5.88	0	0.00	8	47.06	17	100.00
San Luis	3	60.00	0	0.00	1	20.00	0	0.00	1	20.00	5	100.00
El Agustino	0	0.00	4	25.00	4	25.00	8	50.00	0	0.00	16	100.00
<b>TOTAL</b>	100	39.53	16	6.32	22	8.70	19	7.51	96	37.94	253	100.00

Lima-Perú 2010



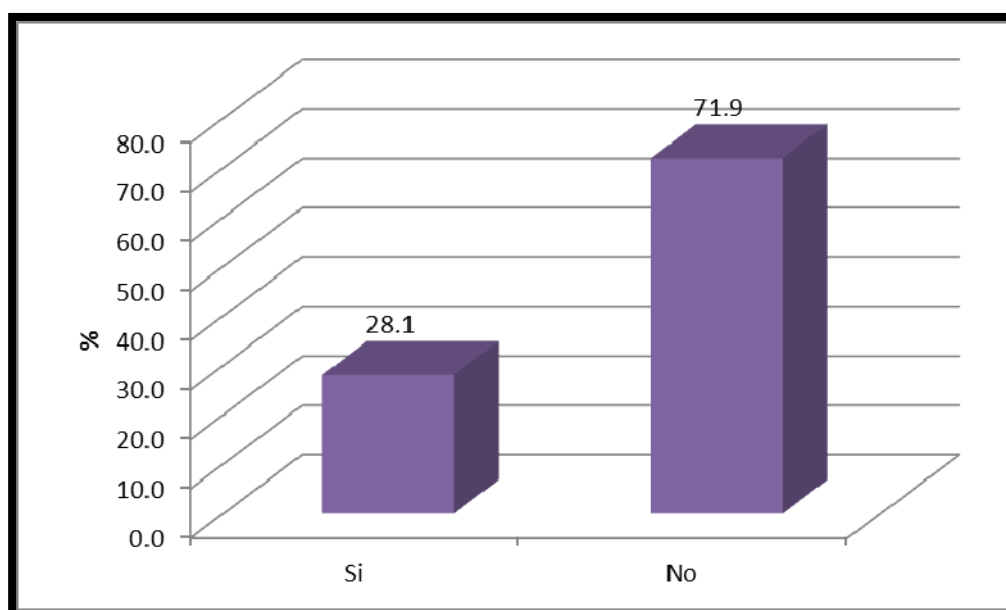
**Figura 18. Intranquilidad en la compra de medicamentos genéricos**

En general la percepción que tiene el paciente se resumiría en si se quedan intranquilos o no al comprar medicamentos genéricos, de la tabla se aprecia que el 39,5% del total de consumidores de medicamentos genéricos definitivamente no se queda intranquilo al comprar medicamentos genéricos; el 8,7% del total de consumidores de medicamentos genéricos quizás, mientras que 37,9% del total de consumidores de medicamentos genéricos aseveran que definitivamente si se queda intranquilo al comprar medicamentos genéricos.

**Tabla 17. Información sobre medicamentos genéricos por parte del estado**

	Si		No		Sub Total	
	n	%	n	%	n	%
Puente Piedra	5	26.32	14	73.68	19	100.00
Comas	15	34.09	29	65.91	44	100.00
Carabayllo	5	27.78	13	72.22	18	100.00
San Juan de Lurigancho	40	44.94	49	55.06	89	100.00
Ate Vitarte	0	0.00	27	100.00	27	100.00
Chaclacayo	2	50.00	2	50.00	4	100.00
Lurigancho	4	28.57	10	71.43	14	100.00
Santa Anita	0	0.00	17	100.00	17	100.00
San Luis	0	0.00	5	100.00	5	100.00
El Agustino	0	0.00	16	100.00	16	100.00
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>28.06</b>	<b>182</b>	<b>71.94</b>	<b>253</b>	<b>100.00</b>

**Lima-Perú 2010**



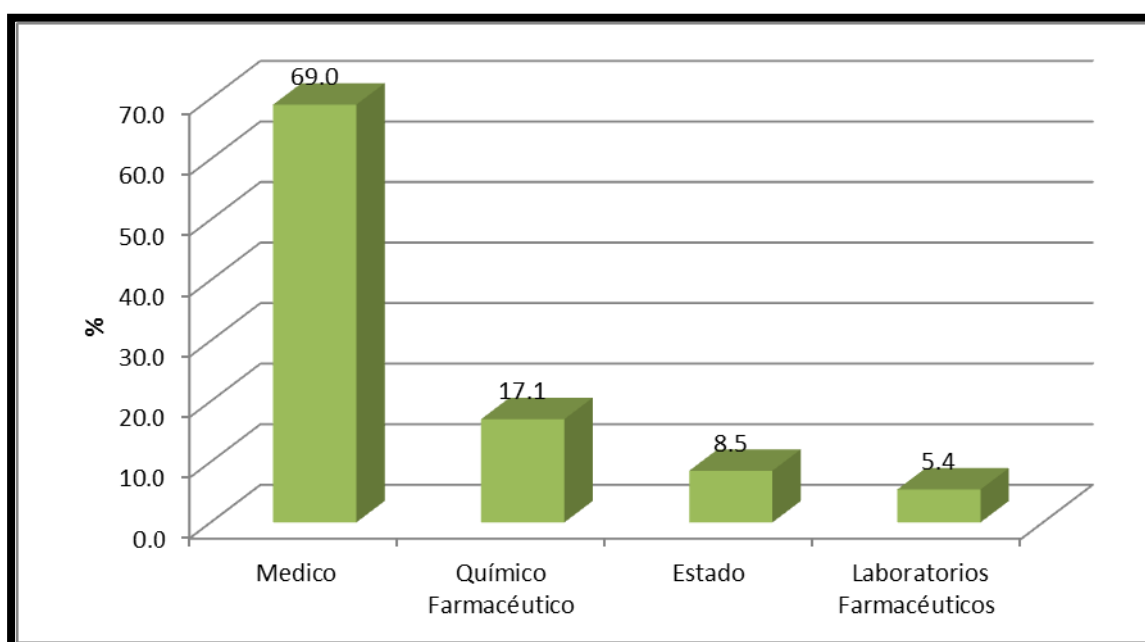
**Figura 19. Información sobre medicamentos genéricos por parte del estado**

Se aprecia que el 28,1% del total de encuestados consideran que el estado le ha facilitado información de los mismos, mientras que 71,9% del total aseveran que el estado no les ha facilitado información.

**Tabla 18. Preferencia de fuente de información sobre medicamentos**

	Médico		Químico Farmacéutico		Estado		Laboratorios Farmacéuticos		SUB TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Puente Piedra	20	68.97	5	17.24	2	6.90	2	6.90	29	100.00
Comas	29	43.94	22	33.33	15	22.73	0	0.00	66	100.00
Carabayllo	19	70.37	5	18.52	2	7.41	1	3.70	27	100.00
San Juan de Lurigancho	68	57.14	24	20.17	10	8.40	17	14.29	119	100.00
Ate Vitarte	62	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	62	100.00
Chaclacayo	4	66.67	1	16.67	1	16.67	0	0.00	6	100.00
Lurigancho	15	68.18	4	18.18	2	9.09	1	4.55	22	100.00
Santa Anita	25	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	25	100.00
San Luis	5	71.43	1	14.29	1	14.29	0	0.00	7	100.00
El Agustino	20	83.33	4	16.67	0	0.00	0	0.00	24	100.00
<b>TOTAL</b>	<b>267</b>	<b>68.99</b>	<b>66</b>	<b>17.05</b>	<b>33</b>	<b>8.53</b>	<b>21</b>	<b>5.43</b>	<b>387</b>	<b>100.00</b>

Lima-Perú 2010



**Figura 20. Preferencia de fuente de información sobre medicamentos**

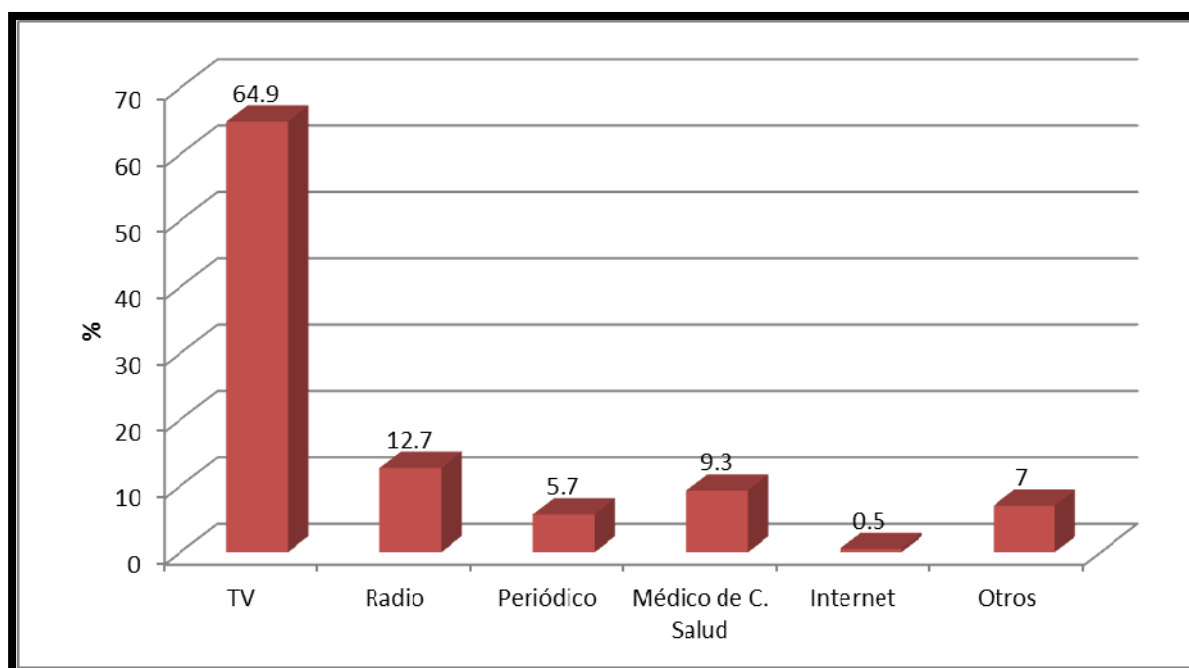
De la Figura se aprecia que el 69% del total de encuestados preferiría recibir información sobre medicamentos del médico; solo 17,1% consideran que preferiría recibir información sobre medicamentos del Químico Farmacéutico.



**Tabla 19. Preferencia de medio de comunicación para informarse sobre medicamentos**

	TV		Radio		periódico		Médico C. Salud		Internet		Otros		Sub total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Puente Piedra	17	58.62	5	17.24	2	6.90	3	10.34	0	0.00	2	6.90	29	100.00
Comas	50	75.76	5	7.58	0	0.00	0	0.00	0	0.00	11	16.67	66	100.00
Carabayllo	21	77.78	1	3.70	2	7.41	3	11.11	0	0.00	0	0.00	27	100.00
San Juan de Lurigancho	49	41.18	14	11.76	14	11.76	28	23.53	0	0.00	14	11.76	119	100.00
Ate Vitarte	45	72.58	17	27.42	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	62	100.00
Chaclacayo	4	66.67	1	16.67	1	16.67	0	0.00	0	0.00	0	0.00	6	100.00
Lurigancho	15	68.18	5	22.73	1	4.55	1	4.55	0	0.00	0	0.00	22	100.00
Santa Anita	25	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	25	100.00
San Luis	5	71.43	1	14.29	0	0.00	1	14.29	0	0.00	0	0.00	7	100.00
El Agustino	20	83.33	0	0.00	2	8.33	0	0.00	2	8.33	0	0.00	24	100.00
<b>TOTAL</b>	<b>251</b>	<b>64.86</b>	<b>49</b>	<b>12.66</b>	<b>22</b>	<b>5.68</b>	<b>36</b>	<b>9.30</b>	<b>2</b>	<b>0.52</b>	<b>27</b>	<b>6.98</b>	<b>387</b>	<b>100.00</b>

**Lima-Perú 2010**



**Figura 21. Preferencia de medio de comunicación para informarse sobre medicamentos**

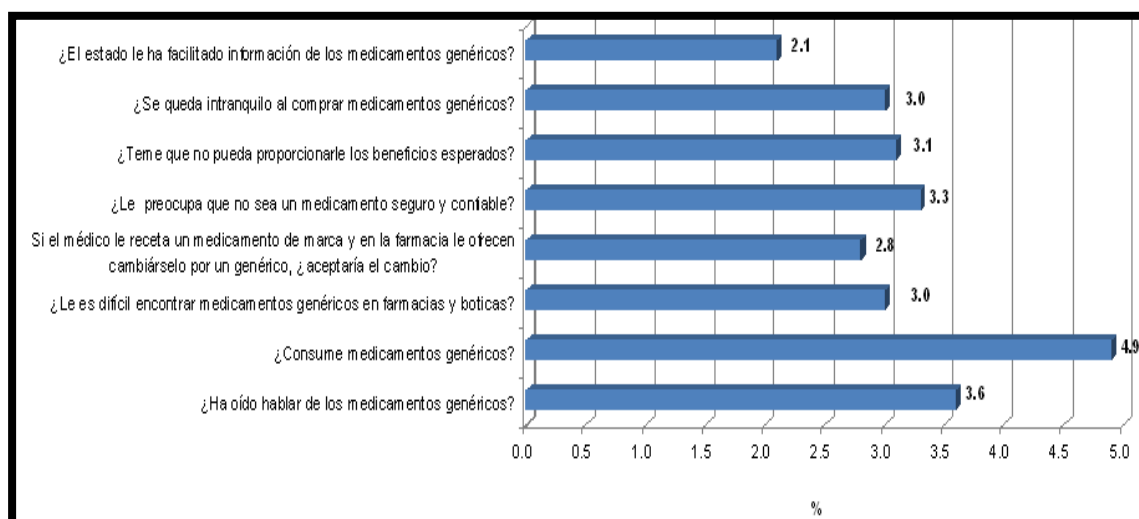
De la tabla se aprecia que para el 64,9% del total de encuestados la TV es el medio más conveniente para informarse sobre medicamentos; el 12,7% del total de encuestados consideran que la radio es medio le parecería conveniente para informarse sobre medicamentos.

**Tabla 20. Media de los ítems de la aceptación de medicamentos  
Genéricos.**

Ítem	Media
¿Ha oído hablar de los medicamentos genéricos?	3,6
¿Consume medicamentos genéricos?	4,9
¿Le es difícil encontrar medicamentos genéricos en farmacias y boticas?	3,0
Si el médico le receta un medicamento de marca y en la farmacia le ofrecen cambiárselo por un genérico, ¿aceptaría el cambio?	2,8
¿Le preocupa que no sea un medicamento seguro y confiable?	3,3
¿Teme que no pueda proporcionarle los beneficios esperados?	3,1
¿Se queda intranquilo al comprar medicamentos genéricos?	3,0
¿El estado le ha facilitado información de los medicamentos genéricos?	2,1

Se considera que < 2,6 malo; 2,6 a 3,8 regular y > 3,8 bueno (anexo 9)

De la tabla se observa según la escala de Estanones (anexo 9) que la mayor media se encontró en el ítem ¿Consume medicamentos genéricos? (4,9); seguido por el ítem ¿Ha oído hablar de los medicamentos genéricos? (3,6) y el ítem ¿Le preocupa que no sea un medicamento seguro y confiable? (3,3) o ¿Teme que no pueda proporcionarle los beneficios esperados? (3,1)



**Figura 22. Media de los ítems de la aceptación de medicamentos  
genéricos**

Para interpretar los datos se agruparan las preguntas en cuatro dimensiones obteniendo la media como sigue:

### **Seguridad y Eficacia**

¿Le preocupa que no sea un medicamento seguro y confiable?

¿Teme que no pueda proporcionarle los beneficios esperados?

¿Se queda intranquilo al comprar medicamentos genéricos?

### **Información**

¿Ha oído hablar de los medicamentos genéricos?

¿El estado le ha facilitado información de los medicamentos genéricos?

### **Consumo**

¿Consume medicamentos genéricos?

Si el médico le receta un medicamento de marca y en la farmacia le ofrecen cambiárselo por un genérico, ¿aceptaría el cambio?

### **Acceso**

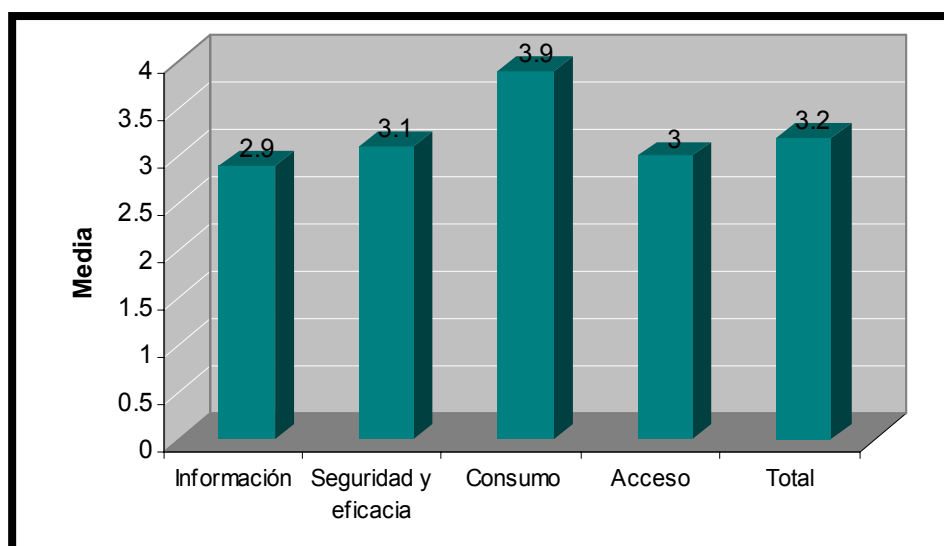
¿Le es difícil encontrar medicamentos genéricos en farmacias y boticas?

**Tabla 21. Media de las dimensiones de la aceptación de medicamentos genéricos.**

<b>Dimensiones</b>	<b>Media</b>
Información	2.9
Seguridad y eficacia	3.1
Consumo	3.9
Acceso	3.0
<b>Total</b>	<b>3.2</b>

Se considera que < 2,6 malo; 2,6 a 3,8 regular y > 3,8 bueno (anexo 9)

De la tabla se aprecia que la dimensión consumo tiene mayor media (3,9) confirmándose un alto grado de consumo. La dimensión seguridad y eficacia (3,1) tiene una confirmación regular, así también como el acceso (3,0), la dimensión información es la dimensión con menor media (2,9). En términos generales el grado aceptación es regular de los medicamentos genéricos entre los consumidores de los sectores C, D y E en tres zonas de Lima



**Figura 23. Media de las dimensiones de la aceptación de medicamentos genéricos.**

## V. DISCUSION

El sistema de salud esta compuesto por tres pilares fundamentales: los recursos humanos, es decir los profesionales de salud y administración en salud, la infraestructura y los medicamentos. Estos últimos deben ser accesibles y asequibles para toda la población y para promover esto habría que preocuparse en que el precio de los medicamentos esté al alcance de los sectores de menores recursos, que sería el sector de la población más susceptible en este tema.

En el Perú la venta de medicamentos funciona en un marco de libre economía, esto quiere decir que el establecimiento de los precios obedece a la oferta y la demanda; en este contexto la presencia de los medicamentos genéricos juega un papel fundamental en la regulación de los precios. Por ser estos los que tienen el menor precio, presionarían a la baja el precio del medicamento con el que se encuentre en competencia. No hay ningún otro bien de consumo en el mercado mundial con tanta diferencia de precios entre diversos productos que responden a las mismas especificaciones técnicas como el medicamento genérico. En este caso no se trata de un problema local ni regional<sup>(12)</sup>.

Un elemento central para la incorporación de las políticas de medicamentos genéricos es garantizar su aceptación por parte de la sociedad, es decir, la consolidación de una oferta relativamente adecuada a las necesidades de salud de una población no tendrá un impacto positivo si las personas no demandan los productos.

Se encontró que un importante 98,42% de la población en las tres zonas donde se realizó la medición, consumía los medicamentos genéricos; sin embargo, más de la mitad de ellos tiene dudas sobre su seguridad y eficacia, esta dimensión obtuvo una media de 3,1 (Tabla 21) lo que revela un temor o preocupación regular sobre la seguridad y/o eficacia de los medicamentos genéricos, la razón que dieron para optar por ellos fue el bajo precio o su dispensación gratuita en centros de salud pertenecientes a ESSALUD como al

MINSA. Por otro lado, las mediciones hechas por el IMS Health en el mercado privado de medicamentos, muestran que solo el 10% de unidades vendidas correspondió a medicamentos genéricos; esto representa el 3% en términos de valor. A partir de los datos de nuestro sondeo podemos afirmar que en los diez distritos donde se realizó, que representan el 32,3%; 42,4%; 53,3% de la población de los sectores C, D y E respectivamente de Lima metropolitana (Anexo 4), casi la totalidad consume medicamentos genéricos, sin embargo esta conducta obedece a factores económicos y no a una confianza en el medicamento genérico.

Este mayor consumo de medicamentos de marca en el sector privado que señala el IMS Health, respondería a la preferencia y mayor poder adquisitivo de las zonas donde se realizó las mediciones, que en su mayoría es a través de los establecimientos de las grandes cadenas de farmacias o boticas que lógicamente se ubican en sectores con mayor prosperidad económica, además que estos datos excluyen al sector público centrándose específicamente al consumo del sector privado.

Los resultados de la pregunta 5 (Tabla 13) nos muestra la influencia que la prescripción médica tiene en la demanda de los medicamentos, el 41,1% de los encuestados no aceptaría el cambio de receta hecha por el médico de un medicamento de marca a un genérico, 10,7% probablemente no lo aceptaría y el 7,5% duda de si lo aceptaría o no; esto obedecería sobre todo al poco o nulo conocimiento que tiene el paciente cuando de medicamentos se trata, a esto se le suma el gran número de medicamentos que se consumen prescindiendo de la recomendación del médico y siguiendo la recomendación del dependiente de la farmacia o botica, recomendación que casi en ningún caso favorecerá al consumo del medicamento genérico, este pobre conocimiento se hace palpable en los resultados de la pregunta 2 donde el 34,6% (Tabla 9) de la muestra desconoce lo que es un medicamento genérico.

Un 36,8% (Tabla 12) manifestó que le era difícil encontrar medicamentos genéricos en las farmacias o boticas y un 24,1% señala que le es difícil a

veces, esta dimensión denominada acceso obtuvo una media de 3,0 que revela una dificultad regular, esto puede deberse a la integración vertical que tienen los puntos de venta con los laboratorios, donde inclusive la misma farmacia o botica dispensa medicinas con marca propia hacia la cual trata de inclinar la demanda. Esta claro que el margen de ganancia que deja un medicamento genérico al retail es mínimo comparado con su similar de marca por ello no es de extrañar que el dependiente de la farmacia trate de que la mayor parte de sus ventas sean medicamentos de marca para poder cumplir su cuota de venta mensual, solo se dispensa el genérico si el cliente lo exige y se hace más difícil si la hora de la compra no es en el día, las farmacias que hacen doble turno en la madrugada solo ofrecen medicamentos de marca.

Una medida para incentivar la demanda en otros países es el sistema de precio de referencia, este sistema funciona fijando el precio de un producto en el mercado tomándolo como el de referencia, cuando el paciente acude a adquirir cierto medicamento a la farmacia esta le dispensa el medicamento que tenga el precio de referencia, costo que es cubierto por el seguro de salud, si el paciente desea un medicamento de marca que sea más caro, la diferencia debe ser costeadada por el propio paciente. Esto obviamente solo funciona en sistemas donde la mayoría de la población cuenta con seguro como ocurre en casi todos los países europeos. En España el precio que es tomado como referencia es el medicamento genérico <sup>(6)</sup>.

En los sectores donde se hizo la medición el mayor riesgo encontrado en el consumo del medicamento genérico fue que un 47% (Tabla 14) cree que no es un medicamento seguro y confiable, otro 15% (Tabla 14) presenta dudas; un 42% (Tabla 15) teme que no pueda proporcionarle los beneficios esperados, aunque esto no significa que no lo consuman, significa que no están satisfechos con el producto que consumen; solo un 4,0 % (Tabla 11) manifestó que los consume porque considera que son iguales, la mayoría lo hace porque son más económicos o porque los reciben gratuitamente en los sistemas estatales de salud, esto quiere decir que si la situación económica de estas personas cambiara positivamente optarían por consumir un medicamento de

marca, por considerarlo un producto de mayor calidad, tal como ocurre en los estratos de mayor nivel socioeconómico donde el factor económico no es un freno. Esto se refleja en las cifras de la cuota de mercado del sector privado proporcionadas por el IMS Health.

Por otro lado encontramos una relación entre las preguntas 5; 6 y 7, donde el 33,2% si aceptaría el cambio en la farmacia por un genérico, ese porcentaje es similar de los que no desconfían de su seguridad (30,4%) y eficacia (37,5%), concluyéndose que alrededor del 30% piensa que son iguales, aunque no identifica a esta cualidad como la determinante para consumirlos lo hacen porque son más asequibles según se observa en la Tabla N° 11. Muchos de los entrevistados además agregaron que si su situación económica se lo permitiese en el momento de la compra optarían por un similar de marca ya que hace efecto con mayor rapidez.

Para que el desarrollo del medicamento genérico sea sostenible el mayor beneficio observado en este no debería ser el menor precio, de tomarlo de esa forma solo prevalecería entre los medicamentos genéricos aquel que cueste menos, pasando por alto otros atributos que son de importancia para el consumidor final, además esto promovería un suministro del tipo monopólico pues favorece al proveedor más grande capaz de ofrecer precios sin competencia; un abastecimiento múltiple de medicamentos genéricos permite escoger el producto con mejores características además de asegurar su bajo precio a largo plazo al evitar la retirada de los competidores.

Aunque el Perú atraviesa por un buen momento económico, es un mercado relativamente pequeño, donde el consumo de grandes volúmenes que justifiquen la entrada de la versión genérica de un medicamento no siempre se da, el bajo volumen de la demanda potencial limita sus oportunidades comerciales; a esto se debe que al vencimiento de la patente de una molécula no ingresa al mercado un medicamento genérico sino uno de marca, a diferencia de otros países con mercados mayores.



La demanda, en el caso especial de los medicamentos, no varía proporcionalmente con las variaciones de precio. En una situación de libre mercado y en presencia de una industria farmacéutica altamente concentrada, esta inelasticidad deja al consumidor en una situación de gran vulnerabilidad <sup>(12)</sup>. En consecuencia, ante la entrada de un producto más barato, que es el genérico, la demanda no se incrementaría, esta se mantendría o seguiría su crecimiento natural obedeciendo al incremento de la población y al envejecimiento de la misma; entonces necesariamente para que un medicamento genérico tenga mayor participación de mercado tendría que quitarle participación a un medicamento similar.

Centrar excesivamente las ventajas del medicamento genérico en su bajo precio en un mercado relativamente pequeño como el peruano puede resultar contraproducente y podría ser la razón de que a pesar de que existen moléculas que no se encuentran bajo protección de patente en el territorio o que ya expiró, el genérico no ingresa inmediatamente. Tal es así que en el Perú no se encuentran muchos genéricos en asociaciones como en otros países, es por ello que los beneficios sinérgicos de un polifarmaco es asociado a los medicamentos de marca, en el Perú el consumidor no distingue entre moléculas, solo lo distingue por acción terapéutica y siempre van a ser más efectivos los fármacos asociados (polifarmacos), este desconocimiento afecta la imagen del medicamento genérico indirectamente haciéndolo ver menos efectivo que su similar de marca. Este problema es causado por la asimetría de información que como hemos visto afecta al consumidor final dado que en este caso a pesar de ser el actor más interesado en el producto, también es el menos enterado de las características de este, limitando su poder de elección, ya que quienes eligen el producto que se consume (los que los prescriben) no lo financian y quienes lo consumen (los pacientes) y financian (pacientes y aseguradores) no lo eligen. Los oferentes (laboratorios productores) suelen ser los únicos que poseen la información más completa en tiempo y forma, en tanto que el paciente, como consumidor, se ubica en el extremo opuesto <sup>(12)</sup>.

La difusión de la información es fundamental para el desarrollo sostenible del medicamento genérico en el Perú. La publicidad, que no es la única vía ni la más recomendable aunque sí efectiva, debería cumplir una función educativa, estará a cargo del estado pues ningún otro estaría interesado en impulsar el consumo del medicamento genérico. En nuestra medición el 71% refirió no haber recibido información por parte del estado sobre medicamentos y es preocupante ver que el 34,6% no ha oído siquiera sobre los medicamentos genéricos (Figura 11). Aunque el estado queda en tercer lugar en las preferencias observamos que este podría hacer una asociación publicitaria con los médicos, que quedaron en primer lugar, y los químicos farmacéuticos, ubicados en el segundo lugar, por medio de spots lanzados en televisión que es el medio con mayor audiencia, y que supere largamente en preferencias a los otros medios de comunicación en nuestro sondeo, para educar permanentemente y con sostenibilidad al consumidor sobre los medicamento genéricos. Esta etapa publicitaria deberá ser la etapa culminante del plan del desarrollo del medicamento genérico en el Perú, solo después de haber asegurado su calidad a través de los organismos encargados (DIGEMID), de lo contrario esto podría generar inseguridad hacia el producto al correr el riesgo de que se estén comercializando unidades genéricas de dudosa calidad.

La publicidad masiva hecha por las empresas farmacéuticas genera una adhesión del consumidor que crea una barrera para los productos que ingresen posteriormente a competir con ellos, a esto se le suma la promoción que se hace para que el prescriptor (médico) incline la balanza hacia ciertas marcas, al respecto se ha conseguido por ley que el prescriptor este obligado a prescribir bajo la denominación común internacional (DCI), aunque nada le impide hacer una recomendación, como lo señala el manual de BPP. Brasil es el país que mayores logros ha conseguido en la región en el tema de control de publicidad, al punto que ha conseguido financiar sus programas de fiscalización de control de la forma de hacer propaganda por medio de la recaudación de multas por infringir el reglamento <sup>(42)</sup>. Si bien es cierto que se crea una barrera al hacer publicidad para cierta marca también es justo que un producto nuevo tenga difusión apropiada para promover su consumo y poder

cubrir los costes de investigación realizados, lo que debe ser sancionado, sin embargo, es la publicidad engañosa que generen dudas infundadas sobre la seguridad y eficacia de medicamentos de menor coste, como viene a ser el medicamento genérico.

Finalmente el análisis por dimensiones (Tabla 21) arroja que en general existe una aceptación regular de los medicamentos genéricos en los sectores C, D y E de las tres zonas abarcadas, la media más baja correspondió a si el estado brinda información sobre medicamentos genéricos obteniéndose el valor de 2,1 que indica mala difusión de información; asimismo la media más alta correspondió al consumo de medicamentos genéricos obteniéndose el valor de 4,9; este ítem pertenece a la dimensión de consumo que obtuvo una media de 3.9 lo que indica un buen consumo, sin embargo, las preguntas que miden la dimensión de seguridad y eficacia arrojan una media de 3.1 que indican un temor y/o preocupación regular, con lo que se puede afirmar que el consumo esta ligado a un tema de asequibilidad.

## VI. CONCLUSIONES

1. El grado de aceptación de los medicamentos genéricos es regular según escala estandares  $x_4 = 3,2$ .
2. Se encuentra un déficit en la información sobre los medicamentos genéricos en este sector de la población (34,6%), destacándose Ate Vitarte con el mayor grado de desconocimiento (56%). El estado no cumple un buen papel en la difusión de la información.
3. Existe desconfianza del medicamento genérico en los sectores en estudio (47%) aunque ello no influye negativamente en el consumo, ya que este último encuentra más influenciado por otros factores como la asequibilidad.
4. Como barreras se encuentra que la dificultad en el acceso del medicamento genérico es regular en los puntos de venta del sector privado de los sectores C, D y E de las tres zonas estudiadas; a un 36,8% se le dificulta encontrar medicamentos genéricos en farmacias y boticas, a un 24,1% se le dificulta a veces. Adicionalmente más de la mitad de los encuestados (41,1% definitivamente no; 10,7% probablemente no) no esta dispuesto a optar por un medicamento genérico si el médico prescribe un medicamento de marca.
5. Se ha encontrado que el profesional con mayor influencia en el paciente es el médico con un 69%, seguido por el químico farmacéutico con 17,1%. El medio de comunicación preferido para informarse sobre el medicamento es el televisivo con 64,9% seguido muy de lejos por la radio con un 12,7%.

## **VII. RECOMENDACIONES**

1. Los organismos estatales de salud, universidades y organismos no gubernamentales de manera conjunta deben promover la difusión de información sobre los medicamentos genéricos, entre la población.
2. El Químico Farmacéutico, que es el profesional del medicamento, debe asumir protagonismo e informar sobre la intercambiabilidad entre los distintos fármacos en el mercado y asesorar al paciente para que pueda decidir entre las distintas alternativas, superando el problema de la asimetría de la información.
3. Realizar trabajos de investigación para medir el cambio o persistencia de la actitud hacia el medicamento genérico en los sectores C, D y E.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ugarte Oscar: El 10% de las medicinas que se vende es genérico.  
27/11/2009 Hallado en:  
<http://www.adifan.org.pe/web/principal.php/prensa/n922> Ultimo ingreso:  
11/02/2011
2. Medicines Transparency Alliance (MeTA). Plan de trabajo MeTA.  
Documento base elaborado por el grupo impulsor puesto a  
consideración. Perú 2009-2010.
3. Sá e Fábio Pimentel Cláudio. Mercado de medicamentos genéricos  
cresce 19,4% em 2009 puxado por forte alta nas vendas no terceiro e  
no quarto trimestres. Indústrias do setor movimentaram R\$ 4,5 bilhões  
no período 03/02/2010. Hallado en:  
[http://www.progenericos.org.br/index.php/noticias/153-  
mercado-demedicamentosgenericoscresce194](http://www.progenericos.org.br/index.php/noticias/153-mercado-demedicamentosgenericoscresce194) 3/2/2010 Ultimo ingreso:  
01/06/2011
4. Toledo Karina. Mercado de medicamentos genericos cresce 33% em  
um ano 8/02/2011. Hallado en:  
[http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,mercado-de-medicamentos-  
genericos-cresce-33-em-um-ano,676890,0.htm](http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,mercado-de-medicamentos-genericos-cresce-33-em-um-ano,676890,0.htm) Ultimo ingreso:  
01/06/2011
5. Asociación industrial de laboratorios farmacéuticos (ASILFA).  
Estadísticas abril 2010. Chile 2010. Hallado en:  
[http://www.asilfa.cl/graficos-2011\\_2.asp](http://www.asilfa.cl/graficos-2011_2.asp) Ultimo ingreso: 01/06/2011
6. Puig-Junoy, Jaime. Impacto de la regulación de precio de los  
Medicamentos sobre la competencia en el mercado de genéricos:  
valoración de los efectos y necesidad de reforma. Centre de Recerca en  
Economia i Salut (CRES) Universitat Pompeu Fabra Barcelona.

Realizado a iniciativa de la AUTORITAT CATALANA DE LA COMPETÈNCIA (ACCO). España 2009. Pág. 15

7. Sheppard Allan. Los medicamentos genéricos: elementos clave en la sostenibilidad de los sistemas sanitarios a largo plazo. IMS health. 2010. Pág. 9-35.
8. Organización mundial de la salud. Glosario de términos de alcohol y drogas. 2004. pag 44. Hallado en [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf) ultimo ingreso: 13/11/2011
9. Seinfeld, Janice- La Serna, Karlos. Documento de discusión-¿Por qué la protección de datos de prueba en el mercado farmacéutico no debe ser un impedimento para firmar el TLC con EEUU? Centro de investigación de la Universidad del Pacífico, elaborado por encargo del Instituto Peruano de Economía. Perú. Septiembre 2005. Pág. 14, 50-56
10. Ministerio de Salud. Denominación Común Internacional – Definiciones. Perú. Hallado en: <http://www.digemid.minsa.gob.pe/daum/urm/dci.html> ultimo ingreso: 13/11/2011
11. Organización mundial de la Salud (OMS). Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: un marco para la acción colectiva. Marzo 2004 Hallado en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO\\_EDM\\_2004.4\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_EDM_2004.4_spa.pdf) Ultimo ingreso: 8/08/2010
12. Tobar F. Economía de los medicamentos genéricos en América Latina. *Rev Panam Salud Pública*. 2008; 23(1):Pág. 59–67.
13. Acción Internacional para la Salud (AIS). Genéricos y Bioequivalencia: balance y perspectivas en América Latina. Noviembre 2004. Pág. 3.

14. Dongo Zegarra Víctor, Revisión LEY N.º 29459 - ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. *Rev Perú Med Exp y Salud Pública*. 2009; 26(4): Pág.: 517-29.
15. Ministerio de Salud (MINSA). R.M. N° 062-2010/MINSA Petitorio Nacional Único de Medicamentos. Perú 2010.
16. Congreso de la Republica. Ley N° 26842. Ley General de Salud. Perú 1997
17. Congreso de la Republica. Decreto legislativo N° 757. Ley Marco para el Crecimiento de la Inversión Privada. Perú 1991
18. Congreso de la República. Decreto ley N° 25596. Requisitos Para la Obtención del Registro Sanitario y de la Autorización Para la Importación y Comercialización de Medicamentos Genéricos y de Marca. Perú 1992
19. De la Lama Eggerstedt, Milagros; Lladó Márquez, Jorge E. Precios y Política de Medicamentos en el Perú. Estudio económico: Banco central de Reserva del Perú. 2004. Pág. 7
20. Grández G, Olivas J. Análisis descriptivo de los productos farmacéuticos registrados en el Perú. Tesis para optar el título profesional de Químico Farmacéutico. Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú 1993. Acción Internacional para la Salud. Perú: ¿Qué medicamentos fueron registrados? 2000. Hallado en: [http://www.aislac.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=142:peru-ique-medicamentos-fueron-registrados&catid=33:noticias-2000&Itemid=161](http://www.aislac.org/index.php?option=com_content&view=article&id=142:peru-ique-medicamentos-fueron-registrados&catid=33:noticias-2000&Itemid=161) Último acceso 20/07/2010



21. Ministerio de Salud (MINSA). Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Codificación de Ingresos DIGEMID según TUPA 2009. Perú. Julio 2009 Hallado en: <http://www.digemid.minsa.gob.pe/servicios/TASAS2010.pdf> Ultimo Ingreso: 08/08/2010
22. Congreso de la República. Ley N° 29459: Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, se regula a todos los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. Perú 2009.
23. Vivanco Genaro. Impacto Ley 29459. Sociedad Farmacéutica Peruana de Asuntos Regulatorios (SOFAPAR). 2010. Hallado en: [http://www.forosalud.org.pe/Presentacion\\_de\\_SOFAPAR.ppt](http://www.forosalud.org.pe/Presentacion_de_SOFAPAR.ppt) 11/12/2009 Ultimo Ingreso: 08/08/2010.
24. Ministerio de Salud (MINSA). Texto único de procedimientos administrativos. Hallado en: <http://www.digemid.minsa.gob.pe/registros/TUPAINSREI.pdf> Hallado en: <http://www.digemid.minsa.gob.pe/registros/TUPACAMOTR.pdf> Perú. Ultimo ingreso: 08/08/2010
25. APOYO Consultoría, Impacto de las negociaciones del TLC con EEUU en materia de propiedad intelectual en los mercados de medicamentos y plaguicidas. Abril 2005 pág. 45; 38;8;18
26. Congreso de la República. Decreto legislativo 1072. Protección de Datos Prueba y otros no Divulgados de Productos Farmacéuticos El Peruano. Junio 2008.
27. Ministerio de Salud (MINSA). Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Lineamientos de política del sector salud. 2009

28. Aravena Víctor; Calero Carlos; Martinez Oliver; Navarro Melisa; Villareal Ricardo. Desarrollo del medicamento genérico en el Perú. Lima: Universidad ESAN, 2008 180p. Pág. 120;52;58;45
29. Andina Agencia Peruana de Noticias. Ventas en mercado farmacéutico ascendieron a US\$ 1,030 millones el 2009. marzo 2010 hallado en: <http://www.andina.com.pe/Espanol/Noticia.aspx?id=39WmboMLB5M=>  
Ultimo ingreso: 08/08/2010
30. Dongo Zegarra, Víctor. Logros del proceso MeTA Perú 2010
31. Asociación de Industrias Farmacéuticas Nacionales (ADIFAN). DIGEMID: Más de 80% de medicamentos consumidos en Perú es genérico. Hallado en: <http://www.adifan.org.pe/web/principal.php/prensa/n1328> 9/9/2010  
Ultimo ingreso : 11/02/11
32. Andina Agencia Peruana de Noticias. Industria farmacéutica en Perú registra ventas por USS 1.200 millones anuales. Febrero 2010. Hallado en: <http://www.andina.com.pe/Espanol/noticia-industria-farmaceutica-peru-registra-ventas-1200-millones-anuales-279951.aspx> Último ingreso: 11/02/2011
33. Calderón Ojeda, Humberto. Análisis de la industria farmacéutica Peruana 2010. Perú. Enero 2010. Pág. 21
34. Aylas Flores, Cesar. Evaluación de los precios ofertados de medicamentos esenciales de farmacias y boticas ubicadas en cuatro distritos del cono norte de Lima. Tesis para optar el título profesional de Químico Farmacéutico. Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2008. Pág. 66.

35. Larico, Eduardo y La Serna, Karlos. La opción genérica: Identificación y análisis de los factores determinantes del bajo nivel de consumo de medicamentos genéricos en el Perú luego de la liberalización económica de la década de los noventa. Perú 2002
36. Capuñay Quiñónez Carmen Nelly; Tocto Inga Rosa Amelia. Disponibilidad y costos de medicamentos genéricos en farmacias y boticas del sector privado de Lima y Callao, 2001. Tesis para optar el título profesional de Químico Farmacéutico. Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú; 2002. Pág. 38.
37. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Manual de Buenas Prácticas de Prescripción. Perú- 2005. pág. 27
38. Asociación Peruana de Investigación de Mercado (APEIM). Niveles socioeconómicos en Lima metropolitana y Callao. Abril 2005
39. Asociación Peruana de Investigación de Mercado (APEIM) Distribución niveles Socioeconómicos de Lima Metropolitana Enero 2010
40. IPSOS APOYO Opinión y Mercado. Niveles Socio económicos – Gran lima. Enero 2010 Hallado en: [http://www.ipsos-apoyo.com.pe/estudio\\_nse\\_lima](http://www.ipsos-apoyo.com.pe/estudio_nse_lima) Ultimo ingreso 20/7/2010
41. González Hernando Santiago, González Mieres Celina, Díaz Martín Ana. Intención de compra de medicamentos genéricos por parte de los usuarios de Asturias. Departamento de Administración de Empresas y Contabilidad. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad de Oviedo. España - 2003

42. Directoría Colegiada de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria. Resolución N° 102/2000. Brasilia: Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria; Brasil 2000.
43. Ministerio de Salud. Dirección de Autorizaciones Sanitarias -Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DAS- DIGEMID) Perú- Septiembre 2011
44. Diario Médico. Ranking Exclusivo: ¿Cuáles son los laboratorios que más le venden al estado peruano? Perú. Junio 2011 Hallado en: <http://diariomedico.pe/2011/06/ranking-exclusivo-%C2%BFcuales-son-los-laboratorios-que-mas-le-venden-al-estado-peruno/> Ultimo ingreso: 20/7/2011
45. Ministerio de Salud. Base de datos del Sistema de Control de Documentos (SISCOD) Perú. Mayo 2007.

## Glosario de términos

- **Acceso:** Posibilidad por parte del paciente de encontrar el medicamento oportunamente.
- **Asequibilidad:** Referido a que el medicamento se encuentre al alcance económico del paciente.
- **Aceptabilidad:** Grado de satisfacción del paciente con la calidad del medicamento.
- **Consumidor:** Es aquel que consume el bien tangible (medicamento), reduciéndolo físicamente.
- **Consumo:** Referido al uso del medicamento por parte del paciente.
- **Dispensación:** Acto farmacéutico donde el profesional piensa a favor del paciente antes de entregar el medicamento.
- **Eficacia:** Acción terapéutica del medicamento ante alguna patología.
- **Entidad Prestadora de Salud (EPS):** Son empresas e instituciones públicas o privadas, distintas a EsSalud, cuyo único fin es prestar servicios de atención de salud, con infraestructura propia y/o de terceros, sujetándose a los controles de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS).
- **Intercambiabilidad:** Cuando se ha demostrado que 2 medicamentos pueden ser usados indistintamente por ser equivalentes terapéuticos
- **Patente:** Derecho de autoridad respaldado por ley de nuevos descubrimientos ante copias sin consentimiento del titular de la patente.
- **Principio Activo:** Ingrediente principal del medicamento responsable de la actividad terapéutica.
- **Seguridad:** Garantía del medicamento de no producir efectos perjudiciales en el paciente.
- **Usuario:** Es aquel que usa todo tangible que forma parte del servicio. Nótese que sólo usa el tangible, pero sin reducirlo físicamente.

## **IX. ANEXOS**

**9.1 REGISTRO DE NUEVAS ENTIDADES QUÍMICAS QUE SOLICITARON REGISTRO SANITARIO Y PROTECCIÓN DE DATOS DE PRUEBA U OTROS DATOS SOBRE SEGURIDAD Y EFICACIA NO DIVULGADOS**

N°	NUEVA ENTIDAD QUÍMICA (DCI)	NOMBRE DE MARCACION, FORMA FARMACÉUTICA Y REGISTRO SANITARIO	FECHA DE R.S. Y FECHA DE INICIO DE PROTECCIÓN DE DATOS DE PRUEBA	FECHA DE VENCIMIENTO DE PROTECCIÓN DE DATOS DE PRUEBA	ESTADO DE PROTECCIÓN DE DATOS	INDICACIONES AUTORIZADAS(S)	DROGUERÍA
1	Degarelix	FIRMAGON 80 mg Polvo para solución inyectable (E 22138)	30 de Diciembre del 2009*	DENEGADO	Sin protección	Indicado para el tratamiento de pacientes varones adultos con cáncer de próstata avanzado hormono-dependiente.	Pentlab S.A.
2	Eivaroxaban	XARELTO 10 mg Comprimido recubierto (E 22181)	22 de Febrero del 2010	15 de Septiembre del 2013	Vigente	Prevención del tromboembolismo venoso en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.	Bayer S.A.
3	Dronedrona	MULTAQ 400 mg Tableta recubierta (E 22182)	22 de Febrero del 2010	01 de Julio del 2014	Vigente	Fibrilación auricular paroxística o persistente (FA) o flutter auricular (AFL).	Sanofi Aventis del Perú S.A.
4	Amibulafungina	ECALTA 100 mg Polvo liofilizado para solución inyectable (E 22228)	13 de Abril del 2010	17 de Febrero del 2011	Vencido	Candidemia y otras infecciones por candida (acceso intra peritoneal y peritonitis) y candidiasis esofágica.	Pfizer S.A.
5	Prasugrel	EFFIENT 10 mg Comprimido recubierto (E 22241)	26 de Abril del 2010	25 de Febrero del 2014	Vigente	Co-administrado con ácido acetilsalicílico (AAS); prevención de eventos aterotrombóticos en pacientes con síndrome coronario agudo.	Eli Lilly Interamérica Inc. S. P.
6	Trabectedina	YONDELIS 1 mg Polvo para solución para inyección (E 22293)	26 de Junio del 2010	17 de Septiembre del 2012	Vigente	Sarcoma de tejidos blandos en estadio avanzado en los que haya fracasado el tratamiento con antitriclinas e ifosfánida. Yondelis en combinación con doxorubicina liposomal pegilada (DLP) está indicada en pacientes con cáncer de ovario recidivante sensible a platino.	Johnson & Johnson del Perú S.A.
7	Saxagliptina	ONGLYZA 2.5 mg Comprimidos recubiertos (E 22294)	30 de Junio del 2010	31 de Julio del 2014	Vigente	Indicado como complemento a la dieta y ejercicio para mejorar el control de la glucosa en adultos con diabetes mellitus tipo 2.	Bristol Myers Squibb Company
8	Indacaterol	ONBREZE BREEZHALER 300 ug Cápsula dura conteniendo polvo para inhalación	DENEGADO	DENEGADO	Sin protección	Tratamiento broncodilatador de mantenimiento de la obstrucción de las vías respiratorias en pacientes adultos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).	Novartis Biosciences Perú S.A.
9	Ivabradina	PROCORALAN 7.5 mg Comprimidos recubierto con película	DENEGADO	DENEGADO	Sin protección	Tratamiento sintomático de la angina de pecho estable crónica en pacientes con enfermedad coronaria con ritmo sinusal normal.	Grünenthal Peruana S.A.
10	Pruvaloprida	RESOLOR 1 mg Comprimidos recubiertos. (E 22495).	02 de Junio del 2011	15 de Octubre del 2014	Vigente	Tratamiento sintomático del estreñimiento crónico en mujeres en las cuales los laxantes no proporcionan un alivio adecuado.	Johnson & Johnson del Perú S.A.
11	Capecitabina	JEVTANA 60 mg/1.5 mL Solución Inyectable para infusión. (E 22507)	16 de Junio del 2011	17 de Junio del 2015	Vigente	Indicado en combinación con prednisona o prednisolona para el tratamiento de pacientes con cáncer de próstata metastásico refractario a hormonas, que hayan recibido previamente un régimen de tratamiento que contenga docetaxel.	Sanofi Aventis del Perú S.A.
12	Pazopanib	VOTRIENT 400 mg Tabletts recubiertas. (E 22507)	21 de Julio del 2011	19 de Octubre del 2014	Vigente	Indicado para el tratamiento de primera línea del Carcinoma de Células Renales avanzado (CCR) y para los pacientes con enfermedad avanzada que han recibido tratamiento previo con citotóxicos.	GlaxoSmithKline Perú S.A.
13	Eltrombopag	REVOLADE 50 mg Tabletts recubiertas. (E 22536)	26 de Julio del 2011	20 de Noviembre 2013	Vigente	El tratamiento de trombocitopenia en pacientes con púrpura trombocitopenia inmunitaria (idiopática) crónica (PTI) que han tenido respuesta insuficiente al tratamiento con corticosteroides, inmunoglobulinas, o a una esplenectomía. Revolade TM sólo debe utilizarse en pacientes con PTI cuyo grado de trombocitopenia y condición clínica aumente el riesgo de sangrado.	GlaxoSmithKline Perú S.A.
14	Dapoxetine	PRILIGY 30 mg Comprimidos recubiertos. (E 22537)	03 de Agosto del 2011	06 de Febrero del 2014	Vigente	Tratamiento de la eyaculación precoz (EP) en hombres de 18 a 64 años de edad. (ver inserto).	Johnson & Johnson del Perú S.A.

\*: solamente fecha de Autorización del Registro Sanitario.

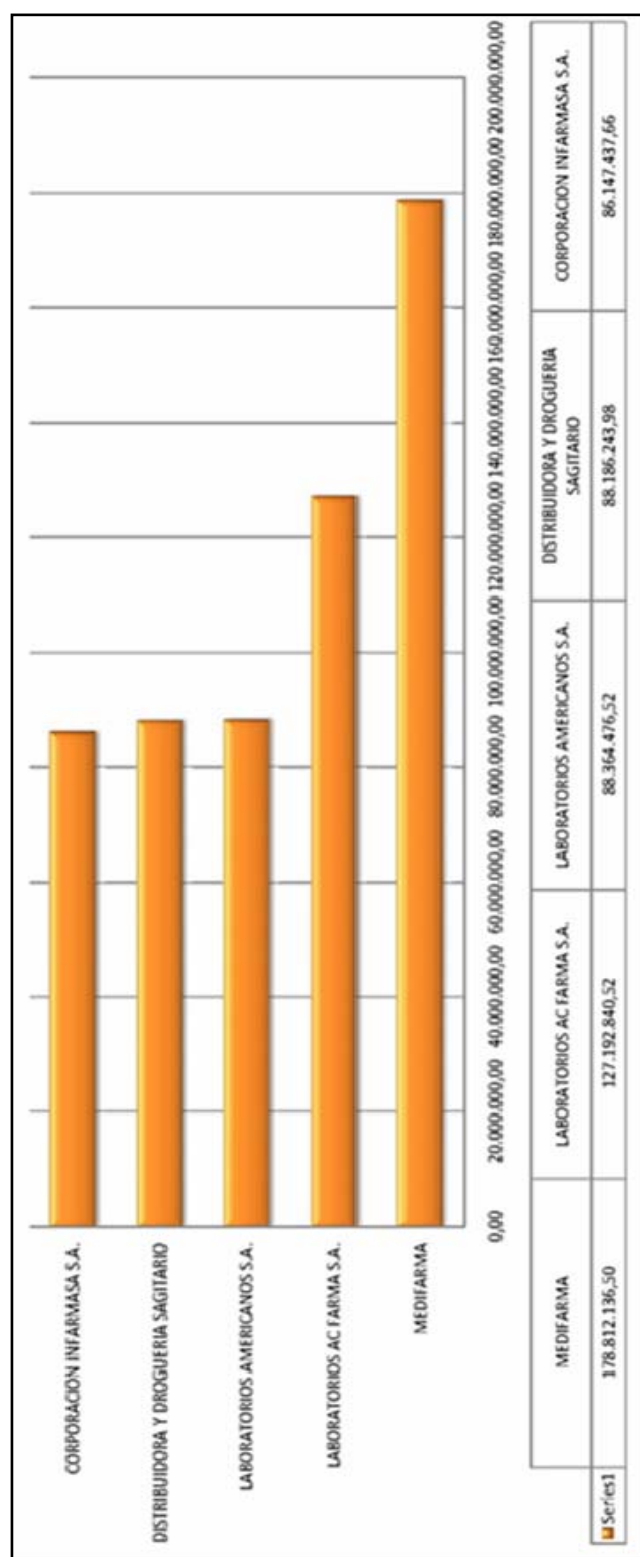
**9.1.1 SOLICITUDES DE REGISTRO SANITARIO Y PROTECCIÓN DE DATOS DE PRUEBA U OTROS DATOS SOBRE U OTROS DATOS SOBRE SEGURIDAD Y EFICACIA NO DIVULGADOS**

N°	NUEVA ENTIDAD QUÍMICA (DCI)	NOMBRE DE MARCACIONES, FORMA FARMACÉUTICA, FECHA DE SOLICITUD	REGISTRO SANITARIO	PROTECCIÓN DE DATOS DE PRUEBA	ESTADO DE PROTECCIÓN DE DATOS	INDICACIONES PROPUESTAS	DROGUERÍA
1	Prucaloprida	RESOLOR 1 mg Comprimidos recubiertos (10 de Noviembre del 2010).	EVALUADO	EVALUADO	EVALUADO	Tratamiento sintomático del estreñimiento crónico en pacientes en los cuales los laxantes no proporcionan un alivio adecuado.	Johnson & Johnson del Perú S.A.
2	Cabazitaxel	JEVTANA 60 mg/1.5 mL Solución Inyectable para Infusión (17 de Noviembre del 2010).	EVALUADO	EVALUADO	EVALUADO	Indicado en combinación con prednisona o prednisolona para el tratamiento de pacientes con cáncer de próstata metastásico refractario a hormonas, que hayan recibido previamente un régimen de tratamiento que contenga docetaxel	Sancofi Aventis del Perú S.A.
3	Pazopanib	VOTRIENT 400 mg Tabletas recubiertas (17 de Diciembre del 2010)	EVALUADO	EVALUADO	EVALUADO	Tratamiento de primera línea de carcinoma de células renales en estado avanzado y/o metastásico (RCC) y para pacientes con enfermedad que han recibido tratamiento previo con citotoxinas.	GlaxoSmithKline Perú S.A.
4	Eltrombopag	REVOLADE 50 mg Tabletas recubiertas (27 de Diciembre del 2010)	EVALUADO	EVALUADO	EVALUADO	Tratamiento de trombocitopenia en pacientes con púrpura trombocitopénica inmunitaria (idiopática) crónica (PTI) que han tenido una respuesta insuficiente al tratamiento con corticosteroides, inmunoglobulinas, o a una esplenectomía. Revolade TM sólo debe utilizarse en pacientes con PTI cuyo grado de trombocitopenia y condición clínica aumente el riesgo de sangrado. Revolade TM no debe utilizarse en un intento de normalizar los recuentos de plaquetas.	GlaxoSmithKline Perú S.A.
5	Dapoxetina	PRILIGY 30 mg Comprimidos recubiertos (30 de Diciembre del 2010)	EVALUADO	EVALUADO	EVALUADO	Tratamiento de la eyaculación precoz (EP) en hombres de 18 a 64 años de edad.	Johnson & Johnson del Perú S.A.
6	Ticagrelor	BRILINTA 90 Comprimidos recubiertos (04 de Febrero del 2011)	Trámite	Trámite	Trámite	Administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con Síndromes Coronarios Agudos (angina inestable, infarto sin elevación del segmento ST (IMSEST) o infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IMCEST), incluidos los pacientes controlados con tratamiento médico y los sometidos a una intervención coronaria percutánea (ICP) o a un injerto de derivación de arteria coronaria (IDAC).	Astrazeneca Perú S.A.
7	Bilastina	BILAXTEN 20 mg Comprimidos (11 de Febrero del 2011)	Trámite	Trámite	Trámite	Tratamiento sintomático de rinosinusitis alérgica (estacional y perenne) y de la urticaria	Albis S.A.
8	Indacaterol	ONBRIZ BREEZHALER 300 ug Cápsula dura conteniendo polvo para inhalación (18 de Febrero del 2011)	Trámite	Trámite	Trámite	Tratamiento broncodilatador de mantenimiento de la obstrucción de las vías respiratorias en pacientes adultos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).	Novartis Biosciences Perú S.A.
9	Fingolimod	GILENYA 0.5 mg Cápsulas (29 de Abril del 2011)	Trámite	Trámite	Trámite	Indicado como terapia modificadora del curso de la enfermedad para reducir la frecuencia de la recidiva y retrasar la progresión de la discapacidad en los pacientes aquejados de esclerosis múltiple recidivante.	Novartis Biosciences Perú S.A.
10	Vernakalant	BRINAVES 500 mg Concentrado para solución para perfusión (26 de Agosto del 2011)	Trámite	Trámite	Trámite	Conversión rápida a ritmo sinusal de la fibrilación auricular de inicio reciente en adultos. En pacientes no quirúrgicos: fibrilación auricular ≤ 7 días de duración. En pacientes después de cirugía cardíaca: fibrilación auricular ≤ 3 días de duración.	Merck Sharp & Dohme Perú S.R.L.

Fuente: Dirección de Autorizaciones Sanitarias, DAS - DIGEMID / Fecha de Actualización: 05.09.2011 (43)

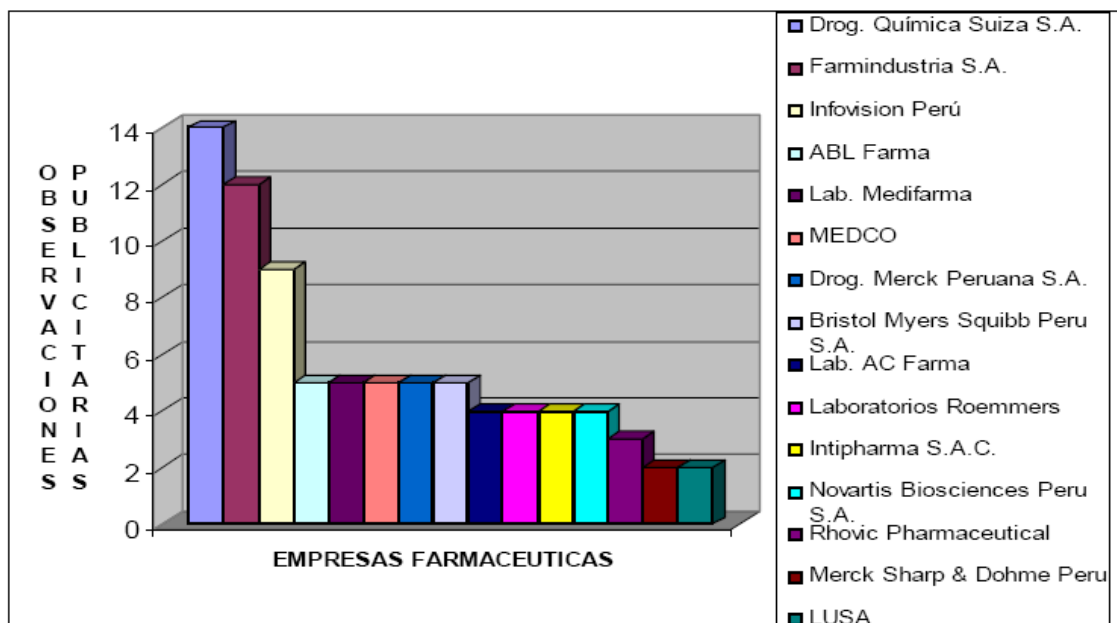


## 9.2 RANKING DE LABORATORIOS PROVEEDORES DEL ESTADO 2009-2010



Fuente : Diario médico.pe (44)

### 9.3 RANKING DE LAS EMPRESAS FARMACEÚTICAS OBSERVADAS CUYAS PUBLICIDADES NO CUMPLIERON A CABALIDAD CON LAS NORMAS PUBLICITARIAS PERIODO: ENERO-ABRIL 2007



Nº	EMPRESAS FARMACEÚTICAS MÁS OBSERVADAS	Nº DE OBSERVACIONES PUBLICITARIAS
1	Droguería Química Suiza S.A.	14
2	Droguería Farindustria S.A.	12
3	Droguería Infovision Perú	9
4	Droguería ABL Farma	5
5	Laboratorio Medifarma	5
6	Laboratorio MEDCO	5
7	Droguería Merck Peruana S.A.	5
8	Droguería Bristol Myers squibb Perú S.A.	5
9	Laboratorio AC Farma	4
10	Droguería Laboratorios Roemmers	4
11	Droguería Intipharma S.A.C.	4
12	Droguería Novartis Bioscience Perú S.A.	4
13	Droguería Rhovic Pharmaceutical	3
14	Droguería Merck Sharp & Dhome Perú	2
15	Laboratorios Unidos S.A. (LUSA)	2
	<b>Nº DE EMPRESAS FARMACEUTICAS : 15</b>	

Fuente: MINSA Base de datos del SISCOD (Sistema de Control de Documentos) <sup>(45)</sup>

Pasante Encargado: Jose Luis Castillo Cauti

## 9.4 DETERMINACIÓN DE LA POBLACIÓN UNIVERSO

Las zonas fueron seleccionadas de acuerdo al nivel socioeconómico de la población tomando como referencia los estudios del 2010 de la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercado (APEIM). Los distritos se agruparon en diez zonas (ver anexo 5 y 6) en base a criterios de proximidad geográfica, características socioculturales, económicas y de estilo de vida dentro de las cuales se seleccionaron tres zonas con población predominante C, D y E como sigue:

### Distritos por zonas según nivel socioeconómico

Porcentaje considerando cada nivel 100%:

Nivel Socioeconómico	C (%)	D (%)	E (%)
ZONA 1 (Puente Piedra, Comas, Carabaylo)	10.7	15.6	16.7
ZONA 3 (San Juan de Lurigancho)	11.0	12.2	17.0
ZONA 5 (Ate Vitarte, Chaclacayo, Lurigancho, Santa Anita, San Luis, El Agustino)	10.6	14.6	19.6
TOTAL	32.3	42.4	53.3

Fuente: APEIM Niveles Socioeconómicos de Lima Metropolitana Enero 2010

Porcentaje considerando a cada zona como el 100%:

Nivel Socioeconómico	C (%)	D (%)	E (%)	Total
ZONA 1 (Puente Piedra, Comas, Carabaylo)	29.5	39.0	19.0	87.5
ZONA 3 (San Juan de Lurigancho)	34.4	35.0	22.1	91.5
ZONA 5 (Ate Vitarte, Chaclacayo, Lurigancho, Santa Anita, San Luis, El Agustino)	29.6	37.2	22.7	89.5

Fuente: APEIM Niveles Socioeconómicos de Lima Metropolitana Enero 2010

### Población proyectada de los distritos de las tres zonas:

Seleccionadas las tres zonas se procede a hallar el número de habitantes en cada distrito tomando la información proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en los Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda; se seleccionaron los individuos mayores de 18 años y se proyectó el número actual de individuos tomando en cuenta la tasa de crecimiento anual.

Proyección de la población mayor de 18 años:


Tasa de crecimiento anual: 2.1%

	2007		2008		2009		2010	
<b>ZONA I</b>	n	%	n	%	n	%	n	%
Puente Piedra:	148 560	63.6	151 680	64.9	154 865	66.3	158 117	67.7
Comas:	333 781	68.5	340 790	70.0	347 947	71.5	355 254	73.0
Carabayllo:	137 134	64.3	140 014	65.6	142 954	67.0	145 956	68.4
Sub Total	285 694		291 694		297 819		304 073	
<b>ZONA II</b>								
San Juan de Lurigancho:	604 310	67.3	617 001	68.7	629 958	70.1	643 187	71.6
<b>ZONA III</b>								
Ate Vitarte	317 113	66.3	323 772	67.7	330 572	69.1	337 514	70.6
Chaclacayo	28 938	70.4	29 546	71.9	30 166	73.4	30 800	74.9
Lurigancho	111 255	65.7	113 591	67.1	115 977	68.5	118 412	69.9
Santa Anita	128 023	69.3	130 711	70.8	133 456	72.3	136 259	73.8
San Luis	35 225	64.5	35 965	65.8	36 720	67.2	37 491	68.6
El Agustino	121 902	67.6	124 462	69.0	127 076	70.5	129 744	72.0
Sub Total	439 015		448 234		457 647		467 258	
<b>TOTAL ZONAS</b>							2 092 734	

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda

## 9.5 DISTRIBUCION DE NIVELES SOCIOECONOMICOS EN CADA ZONA


ZONA	NOMBRE DE ZONA	NIVEL SOCIOECONÓMICO				
		A	B	C	D	E
ZONA 1	(Puente Piedra, Comas, Carabaylo)	1.2	11.3	29.5	39.0	19.0
ZONA 2	(Independencia, Los Olivos, San Martín de Porras)	0.6	14.5	42.8	31.2	11.0
ZONA 3	(San Juan de Lurigancho)	1.4	7.1	34.4	35.0	22.1
ZONA 4	(Cercado, Rimac, Breña, La Victoria)	2.6	20.8	40.5	28.3	7.8
ZONA 5	(Ate, Chaclacayo, Lurigancho, Santa Anita, San Luis, El Agustino)	1.8	8.8	29.6	37.2	22.7
ZONA 6	(Jesus María, Lince, Pueblo Libre, Magdalena, San Miguel)	19.3	39.3	31.1	9.6	0.7
ZONA 7	(Miraflores, San Isidro, San Borja, Surco, La Molina)	28.3	41.6	21.1	6.5	2.5
ZONA 8	(Surquillo, Barranco, Chorrillos, San Juan de Miraflores)	5.0	27.6	32.2	26.4	8.8
ZONA 9	(Villa el Salvador, Villa María del Triunfo, Lurin, Pachacamac)	0.0	5.7	30.3	44.1	19.9
ZONA 10	(Callao, Bellavista, La Perla, La Punta, C. de la Legua, Ventanilla)	1.3	17.5	38.9	29.5	12.8

 Alta concentración

Fuente: APEIM Niveles Socioeconómicos de Lima Metropolitana Enero 2010

## 9.6 DISTRIBUCION DE LAS ZONAS EN CADA NIVEL SOCIECONOMICO

ZONA	NOMBRE DE ZONA	NIVEL SOCIOECONÓMICO				
		A	B	C	D	E
ZONA 1	(Puente Piedra, Comas, Carabaylo)	2.8	7.7	10.7	15.6	16.7
ZONA 2	(Independencia, Los Olivos, San Martín de Porras)	1.4	10.1	16.1	12.8	9.9
ZONA 3	(San Juan de Lurigancho)	2.8	4.3	11.0	12.2	17.0
ZONA 4	(Cercado, Rimac, Breña, La Victoria)	4.9	11.4	11.8	9.0	5.5
ZONA 5	(Ate, Chaclacayo, Lurigancho, Santa Anita, San Luis, El Agustino)	4.2	5.9	10.6	14.6	19.6
ZONA 6	(Jesus María, Lince, Pueblo Libre, Magdalena, San Miguel)	18.1	10.8	4.6	1.5	0.3
ZONA 7	(Miraflores, San Isidro, San Borja, Surco, La Molina)	54.9	23.5	6.4	2.1	1.8
ZONA 8	(Surquillo, Barranco, Chorrillos, San Juan de Miraflores)	9.0	14.6	9.1	8.2	6.0
ZONA 9	(Villa el Salvador, Villa María del Triunfo, Lurin, Pachacamac)	0.0	3.4	9.8	15.6	15.4
ZONA 10	(Callao, Bellavista, La Perla, La Punta, C.de la Legua, Ventanilla)	2.1	8.3	9.9	8.2	7.8

 Alta concentración

Fuente: APEIM Niveles Socioeconómicos de Lima Metropolitana Enero 2010

## 9.7 CALCULO DE POBLACION MUESTRA

$$TM = \frac{Z^2 \cdot N \cdot P \cdot (1-P)}{(C^2 \cdot (N - 1)) + (Z^2 \cdot P \cdot (1 - P))}$$

N : Población total

P : Valor esperado del parámetro (Probabilidad de encontrarse con el parámetro predominante a ser medido).

C : Margen de error previsto

Z : Valor “Z” específico para cada nivel de confianza. El nivel de confianza es la probabilidad de que el parámetro a estimar se encuentre en el intervalo de confianza.

### Escenario

Porcentaje de error 5%: Buena precisión

Error relativo: 10.0

N : 2 092 734

P : 0.5

C : +/- 5% con respecto a P

Z : 1.96 para un nivel de confianza de 95 %

$$TM = \frac{(1.96)^2 \times 2\,092\,734 \times 0.5 \times (1 - 0.5)}{((0.05)^2 \times (2\,092\,734 - 1)) + ((1.96)^2 \times 0.5 \times (1 - 0.5))}$$

$$TM = 387$$

Porcentaje de pérdida = 10% TM

Tamaño de la muestra final (TMF) = TM + Porcentaje de pérdida

$$TMF = 387 + 0.1 (387) = 426$$

## TAMAÑO MUESTRAL

Muestras correspondientes a los 10 distritos proporcional al tamaño de su población.

<b>Distritos</b>	<b>Individuos</b>	<b>Sub-Total</b>
<b>Puente Piedra:</b>	32	
<b>Comas:</b>	72	
<b>Carabayllo:</b>	30	
		134
<b>San Juan de Lurigancho:</b>	131	
		131
<b>Ate Vitarte</b>	69	
<b>Chaclacayo</b>	6	
<b>Lurigancho</b>	24	
<b>Santa Anita</b>	28	
<b>San Luis</b>	8	
<b>El Agustino</b>	26	
		161
<b>TOTAL</b>		426

## 9.8 ENCUESTA ACEPTACION DE MEDICAMENTOS GENERICOS

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>1 ¿En que distrito vive?</b>										
Puente Piedra										
Comas										
Carabayllo										
San Juan de Lurigancho										
Ate Vitarte										
Chaclacayo										
Lurigancho										
Santa Anita										
San Luis										
El agustino										
<b>2 ¿ha oído hablar de los medicamentos genéricos?(Si la respuesta es no pasar a la pregunta 10)</b>										
Si										
No										
<b>3 ¿Consumes medicamentos genéricos? ¿Por que?</b>										
Si										
No										
¿Por que?										
<b>4 ¿Le es difícil encontrar medicamentos genéricos en farmacias y boticas?</b>										
Si										
A veces										
No										
<b>5 Si el méico le receta un medicamento de marca y en la farmacia le ofrecen cambiárselo por un genérico, ¿aceptaría el cambio?</b>										
o Definitivamente no										
o Probablemente no										
o Quizás										
o Probablemente si										
o Definitivamente si										
<b>6 ¿Le preocupa que no sea un medicamento seguro y confiable?</b>										
o Definitivamente no										
o Probablemente no										
o A veces										
o Probablemente si										
o Definitivamente si										
<b>7 ¿Teme que no pueda proporcionarle los beneficios esperados?</b>										
o Definitivamente no										
o Probablemente no										
o A veces										
o Probablemente si										
o Definitivamente si										



**8 ¿Se queda intranquilo al comprar medicamentos genéricos?**

- ☐ Definitivamente no
- ☐ Probablemente no
- ☐ A veces
- ☐ Probablemente si
- ☐ Definitivamente si


**9 ¿El estado le ha facilitado información de los medicamentos genéricos?**

Si

No

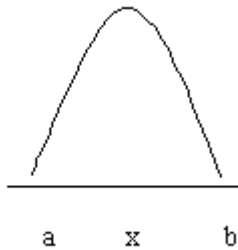

**10 ¿De quien preferiría recibir información sobre medicamentos?**

- ☐ Médico
- ☐ Químico Farmacéutico
- ☐ Estado
- ☐ Laboratorios Farmacéuticos


**11 Que medio le parecería conveniente para informarse sobre medicamentos**


## 9.9 CONFIRMACION DEL ITEM SEGÚN ESCALA DE ESTANONES

Para establecer los intervalos se aplicó la Escala de Estanones en la Curva de Gauss.



Desviación Estándar:  $S = \sqrt{s_t^2}$

Promedio:  $X = \frac{\sum x}{n}$   
 $a = x - 0.75 (S)$   
 $b = x + 0.75 (S)$

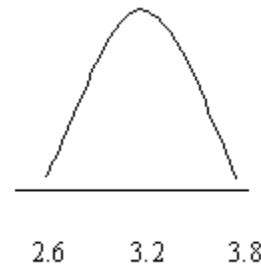
**Confirmación:**

$S = 0.8$

$x = 3.2$

$$a = 3.2 - 0.75 (0.8) = 2.6$$

$$b = 3.2 + 0.75 (0.8) = 3.8$$



Confirmación mala : <2.6 puntos.

Confirmación regular: 2.6 – 3.8 puntos.

Confirmación buena : > 3.8 puntos

## CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba a 20 individuos y se midió con el coeficiente de confiabilidad de Alpha de Cronbach, cuya fórmula es

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left( 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right)$$

Donde (Tabla 22)

K: Número de ítems

$S_i^2$ : Varianza muestral de cada ítems

$S_T^2$ : Varianza del total de puntaje de los ítems

Remplazando valores donde K=8

$$\sum (S_i)^2 = 23.7$$

$$S_T^2 = 181$$

$$\alpha = \frac{8}{8-1} \left( 1 - \frac{23.7}{181} \right) = 0.99$$

Para el análisis correspondiente se tomo una muestra piloto de 20 personas. El coeficiente obtenido, denota una elevada consistencia interna entre los ítems que conforman el cuestionario, ya que el resultado del cálculo correspondiente fue de 0.99 lo que evidencia que las preguntas del cuestionario contribuyen de manera significativa a la definición de los conceptos que se desean investigar, ya que cuando el coeficiente se aproxima a uno el instrumento de medición es altamente confiable.

**TABLA 22  
DATOS PILOTO**

Individuo	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	SUB TOTAL
1	1								1
2	1								1
3	5	5	3	5	2	1	1	1	23
4	1								1
5	5	5	1	1	1	5	3	5	26
6	1								1
7	5	5	3	5	1	2	2	5	28
8	1								1
9	5	5	1	2	3	4	1	1	22
10	5	5	1	1	5	1	4	1	23
11	5	5	3	1	5	2	4	1	26
12	1								1
13	1								1
14	5	5	1	5	2	2	1	1	22
15	1								1
16	5	5	3	2	1	2	5	1	24
17	1								1
18	5	5	5	5	1	1	1	5	28
19	1								1
20	5	1	1	1	5	5	3	5	26
<b>SUB TOTAL</b>	60	46	22	28	26	25	25	26	
<b>Varianza muestral ítem (si)</b>	4.21	1.6	1.96	3.73	3.16	2.5	2.28	4.27	<b>23.7</b>
<b>Varianza del total de puntaje De los Ítems (st)</b>	<b>181</b>								

### Escala Likert

Respuesta	Valor en escala
Si	5
No	1
Tal vez / Quizás	3
Definitivamente Si	5
Probablemente Si	4
Quizás	3
Probablemente No	2
Definitivamente No	1

## VALIDEZ DE CONTENIDO

Para la aplicación del de los coeficientes de validez de contenido se aplico el coeficiente de de correlación de Pearson que nos permito encontrar las correlaciones ítem –total.

$$r = \frac{N\sum xy - \sum x.\sum y}{\sqrt{N\sum x^2 - (\sum x)^2 \cdot N\sum y^2 - (\sum y)^2}}$$

	Corrected Item- Total Correlation
<b>p2</b>	0,22
<b>p3</b>	0,42
<b>p4</b>	0,42
<b>p5</b>	0,25
<b>p6</b>	0,49
<b>p7</b>	0,46
<b>p8</b>	0,43
<b>p9</b>	0,26

R> 0.20 ítem aceptables Se observa que la correlación de los ítems propuestos tiene es consistente, dado que los coeficientes son mayores de 0.20